Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 - 2000

drs. M. Bennema-Broos
dr. E.M. Sluijs
dr. C. Wagner

Met medewerking van:
drs. D. Temmink
dr. H. Hofhuis

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Utrecht, april 2000

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 -
Fax 030 27 29 729 - WWW.NIVEL.NL

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

ISBN 90-6905-468-X

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederland instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Bestelwijze: Dit rapport is met twee andere rapporten gebundeld in een cassette. De gehele cassette bestaat uit:

- Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000;
- Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2000;
- Tabellenboek kwaliteitssystemen per zorgsector.

U kunt deze cassette telefonisch of schriftelijk bestellen bij het NIVEL.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	9
1.1	Achtergrond en doel van de inventarisatie	9
1.2	Onderzoekskader	10
1.2.1	Doelen van een kwaliteitssysteem	11
1.2.2	Middelen en instrumenten van een kwaliteitssysteem	11
1.2.3	Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie	13
1.3	Onderzoeksvragen	13
1.4	Methode	14
1.5	Opbouw van het rapport	15
Literatuur		16
2	HUISARTSEN	17
2.1	Inleiding	17
2.2	Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep	17
2.3	Doelen van het kwaliteitsbeleid	20
2.4	Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering	20
2.4.1	Normen en criteria	21
2.4.2	Kwaliteitsbewaking en -verbetering	24
2.5	Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg	36
2.6	Conclusie	38
Literatuur		40
3	MEDISCH SPECIALISTEN	45
3.1	Inleiding	45
3.2	Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep	46
3.3	Doelen van het kwaliteitsbeleid	47
3.4	Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering	48
3.4.1	Normen en criteria	48
3.4.2	Kwaliteitsbewaking en -verbetering	52
3.5	Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg	61
3.6	Conclusies	63
Literatuur		65
4	VERPLEEGHUISARTSEN	69
4.1	Inleiding	69

4.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep 69
4.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisatie 70
4.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 70
4.4.1 Normen en criteria 71
4.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 72
4.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 75
4.6 Conclusie 77
Literatuur 79

5 SOCIAAL GENEESKUNDIGEN 80
5.1 Inleiding 80
5.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep 80
5.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 83
5.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 83
5.4.1 Normen en criteria 83
5.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 85
5.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 88
5.6 Conclusies 89
Literatuur 90

6 APOTHEKERS 91
6.1 Inleiding 91
6.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep 91
6.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 93
6.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 95
6.4.1 Normen en criteria 95
6.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 98
6.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 104
6.6 Effecten van het kwaliteitssysteem 106
6.7 Conclusies 107
Literatuur 109

7 TANDARTSEN 110
7.1 Inleiding 110
7.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep 110
7.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 111
7.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 112

7.4.1 Normen en criteria 112
7.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 114
7.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 120
7.6 Conclusies 121
Literatuur 123

8 VERLOSKUNDIGEN 124
8.1 Inleiding 124
8.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep 124
8.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 125
8.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 126
8.4.1 Normen en criteria 126
8.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 128
8.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 131
8.6 Conclusie 132
Literatuur 134

9 VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN 135
9.1 Inleiding 135
9.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen 135
9.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 137
9.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 138
9.4.1 Normen en criteria 138
9.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 140
9.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 145
9.6 Conclusies 146
Literatuur 148

10 PARAMEDICI 151
10.1 Inleiding 151
10.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen 152
10.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 153
10.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 153
10.4.1 Normen en criteria 155
10.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 157
10.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 161

10.6 Conclusies 162
Literatuur 164

11 PSYCHOLOGEN 166
11.1 Inleiding 166
11.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen 167
11.2.1 Omvang en werksetting 167
11.2.2 Organisatiestructuur 167
11.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 170
11.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 175
11.4.1 Normen en criteria 175
11.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 177
11.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 181
11.6 Conclusies 182
Literatuur 183

12 ALTERNATIEVE GENEZERS 185
12.1 Inleiding 185
12.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen 186
12.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid 187
12.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering 187
12.4.1 Normen en criteria 188
12.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering 191
12.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg 194
12.6 Conclusies 195
Literatuur 197
Bijlage Referentiekader 198

13 BESCHOUWING EN CONCLUSIES 200

BIJLAGE 1 ZOEKSTRATEGIE

VOORWOORD

Dit rapport laat zien in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ingevoerd bij Nederlandse beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Een overzicht wordt gegeven van de stand van zaken van 11 beroepsgroepen. Het rapport biedt zicht op het kwaliteitsbeleid van beroepsverenigingen en bevat informatie over de kwaliteitsactiviteiten die in het afgelopen decennium ondernomen zijn en de structuren die ontwikkeld zijn voor implementatie van kwaliteitszorg.. De gegevens zijn gebaseerd op een literatuurstudie over de jaren 1990-2000.

In dit voorliggende rapport staan de beroepsgroepen centraal. Daarnaast is een landelijk onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteitszorg in instellingen met als titel: 'Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2000' (Sluijs en Wagner, 2000). Dit onderzoek omvat 11 sectoren. De resultaten laten zien hoever zorginstellingen anno 2000 gevorderd zijn met het invoeren van een kwaliteitssysteem. Bij het rapport hoort een tabellenboek met gedetailleerde cijfers over elke sector.

Beide onderzoeken zijn uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
De volgende personen hebben gedurende de onderzoeksperiode (of een deel daarvan) geparticipeerd in de begeleidingscommissie:
prof. dr. A.F. Casparie, voorzitter
mr. G.J. Bloemendal, respectievelijk A.L.J.E. Martens, arts (ZN)
mw. prof. dr. M.C.H. Donker (Trimbos instituut en EUR)
mw. drs. A.G.M. Driessen, respectievelijk dr. B. Tellegen (NP/CF)
prof. dr. N.S. Klazinga (Sociale Geneeskunde UvA en CBO)
mr. F.M. Meijer (LCKZ)
mw. drs. F.M.C. Timmer (Prismant, voorheen NZi)
mw. mr. C.M. Trentelman, respectievelijk mw. mr. M.E.W.H. Joosten (IGZ)
mw. drs. G. Verbeek, respectievelijk mw. drs. D. Radema (NIZW).
drs. A.J.M. Zengerink respectievelijk drs. B.P. van Beek (Ministerie van VWS)
Het onderzoek is uitgevoerd door mw. dr. C. Wagner, mw. dr. E.M. Sluijs en mw. drs. M. Bennema-Broos
Onze dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie en naar de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Wij hopen dat de resultaten voor velen van nut zijn bij de verdere invulling van het kwaliteitsbeleid.

Utrecht, april 2000.

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond en doel van de inventarisatie

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de vordering van beroepsgroepen[1] met de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen[2]. Door de diverse beroepsgroepen zijn kwaliteitsactiviteiten, al dan niet in samenhang, ontwikkeld waardoor de zorgverlening op structurele wijze bewaakt en verbeterd wordt. De stand van zaken hiervan is in kaart gebracht via een literatuurstudie per beroepsgroep. Aanleiding voor deze overzichtsstudie is de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000. Alle betrokken partijen, te weten overheid, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars nemen hieraan deel. Het ministerie van VWS heeft het initiatief genomen om de stand van zaken in kaart te laten brengen om de voortgang van beroepsgroepen te kunnen beoordelen.

Van oudsher werken beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg aan kwaliteit. In 1990 kreeg dit een formeel karakter door de landelijke afspraken die zorgaanbieders gemaakt hebben tijdens de eerste Leidschendamconferenties in 1989 en 1990. Toen werd afgesproken dat zorgaanbieders binnen een termijn van vijf jaar kwaliteitssystemen zouden ontwikkelen en implementeren die zich lenen voor externe beoordeling. De realisatie van deze afspraak werd geëvalueerd op de derde Leidschendamconferentie in 1995. Uit onderzoek bleek dat de meerderheid van de zorgaanbieders initiatieven op het gebied van kwaliteitsbewaking had ontplooid maar dat de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem veel ingrijpender was en meer tijd vergde dan de aanvankelijk geplande vijf jaren (Sluijs et al 1992, 1994; Wagner et al, 1995). Besloten werd om op de ingeslagen weg door te gaan en afspraken werden herbevestigd.

De overheid bekrachtigde in 1993 afspraken over onderwerpen die de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening waarborgen door invoering van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG kan worden gezien als een kwaliteitswet. Het doel van de Wet BIG is het bewaken en bevorderen

---

1 De in het onderzoek betrokken beroepsgroepen zijn: huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen, apothekers, tandartsen, verloskundigen, verplegende- en verzorgende beroepen, paramedische beroepen, psychologen en alternatieve genezers.

2 De definitie van een kwaliteitssysteem luidt: 'De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg' (NRV, 1993).

van de kwaliteit van de beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg om daarmee de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Om dat doel te bereiken bevat de Wet BIG onder meer regels over (periodieke) registratie[1], titelbescherming, opleidingen, deskundigheidsgebieden, bevoegdheden van beroepsbeoefenaren, tuchtrecht en medisch toezicht.
Specifiek op het gebied van kwaliteitsbewaking stelt artikel 40:

1. Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.
2. Het uitvoeren van het eerste lid omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (Wet BIG, 1997).

De afspraken die in Leidschendam gemaakt zijn en de hieruit voortgevloeide wettelijke bepalingen hebben ertoe geleid dat beroepsgroepen bezig zijn met het ontwikkelen van activiteiten en structuren die de kwaliteit van zorg op een systematische wijze bewaken en verbeteren. De vraag die in dit rapport centraal staat, is:

> *'Hoever zijn de onderscheiden beroepsgroepen in 2000 gevorderd met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem?'*

Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van empirische gegevens uit Nederlandstalige publicaties over de ontwikkeling, implementatie en mogelijke effecten van de kwaliteitssystemen. Literatuur van beschouwende aard en ideologische verhandelingen blijven achterwege.

1.2 Onderzoekskader

Om deze vraag systematisch uit te werken is gebruik gemaakt van een kader waarin doelen, middelen en condities worden onderscheiden. Voor de verschillende beroepsgroepen wordt ten eerste nagegaan welke doelen door de beroepsorganisaties

---

[1] Art.3: Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvrage worden ingeschreven, onderscheidenlijk als: arts, tandarts, apotheker, klinisch psycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige

geformuleerd zijn. Ten tweede, welke kwaliteitsactiviteiten en instrumenten hiertoe ontwikkeld zijn. Ten derde, welke structuren en randvoorwaarden gecreëerd zijn. Tot slot is zo mogelijk bekeken welke effecten zijn opgetreden.

1.2.1 Doelen van een kwaliteitssysteem

De eerste vraag die zich voordoet wanneer beroepsgroepen een kwaliteitssysteem willen ontwikkelen, is: '*Wat willen we ermee bereiken?*'
Hiervoor dienen de beroepsgroepen zich te beraden op de doelen. Deze doelen worden over het algemeen vastgelegd in een beleidsplan en weerspiegelen een visie ten aanzien van kwaliteit en de manier waarop kwaliteit bewaakt en bevorderd wordt. Op hoofdlijnen kunnen er drie soorten doelen onderscheiden worden, namelijk strategische doelen, zorginhoudelijke doelen en patiëntgerichte doelen. Voorbeelden van strategische doelen zijn: de professionalisering van de beroepsgroep òf het zichtbaar maken van de beroepsuitoefening voor derden. Zorginhoudelijke doelen zijn bijvoorbeeld: een meer wetenschappelijk onderbouwde beroepsuitoefening (evidence based) òf een meer uniforme beroepsuitoefening. Een voorbeeld van een patiëntgericht doel is tenslotte als kwaliteit gedefinieerd wordt in termen van tevredenheid van patiënten. Deze verschillende benaderingen sluiten elkaar overigens niet uit. Een algemene doelstelling waarin accenten gelegd worden op diverse aspecten en waarin alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zich zullen herkennen is het streven om 'kwalitatief goede zorg' te leveren. Wat hieronder wordt verstaan is beschreven in de nota 'Kwaliteit van zorg', te weten: *verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend* (WVC, 1991).

1.2.2 Middelen en instrumenten van een kwaliteitssysteem

Als de doelen geformuleerd zijn doet de vraag zich voor: '*Hoe gaan we deze doelen bereiken?*'.
Dit betekent dat beroepsgroepen zich gaan bezinnen op het instrumentarium dat zij in willen zetten om (specifieke aspecten van) hun zorgverlening op structurele wijze te bewaken en te verbeteren. Dit instrumentarium, door de beroepsgroepen zelf kwaliteitsactiviteiten genoemd, kan worden onderscheiden in twee categorieën.
Ten eerste de activiteiten ten behoeve van de normering van kwaliteit en ten tweede de activiteiten om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. Het ordeningsprincipe van deze twee typen activiteiten vormt de kwaliteitskringloop. Deze kent in essentie drie stappen: kwaliteitscriteria vaststellen, de kwaliteit toetsen en deze (zo nodig) verbeteren.

Normen en criteria

Om te beginnen moet geformuleerd worden aan welke criteria de zorg moet voldoen. De criteria die onderscheiden kunnen worden zijn òf gericht op het proces van

zorgverlening òf op de uitkomst van de zorg. Voor alle criteria geldt dat ze helder geformuleerd, meetbaar en haalbaar moeten zijn (NRV, 1990). In dit rapport gebruiken we de term 'criteria' wanneer we richtlijnen, normen, standaarden, protocollen of eisen in het algemeen bedoelen.
Wanneer we het over specifiek door een bepaalde beroepsgroep gehanteerde criteria hebben gebruiken we de term die door de beroepsgroep zelf gehanteerd wordt.

Kwaliteitsbevorderende activiteiten
Nadat vastgesteld is aan welke criteria de zorgverlening zou moeten voldoen, wordt de werkelijk verleende zorg gemeten. De verleende zorg wordt getoetst aan de criteria, waarna mogelijkheden ter verbetering kunnen worden geïdentificeerd en doorgevoerd. Dit proces van normeren, meten, toetsen en verbeteren wordt ook wel de kwaliteitskringloop genoemd. Essentieel hierin is dat het cyclische proces doorlopen wordt.
Activiteiten die deze kwaliteitskringloop weerspiegelen of bedoeld zijn om verbetering van kwaliteit te bewerkstelligen krijgen de kwalificatie 'kwaliteitsbevorderend' toegekend. Deze activiteiten zorgen er dus voor dat de juiste zorg ook daadwerkelijk en op de meest geschikte wijze geleverd kan worden. In samenhang met de criteria vormen deze kwaliteitsbevorderende activiteiten een kwaliteitssysteem. Er zijn diverse activiteiten die als kwaliteitsbevorderend geclassificeerd kunnen worden, zoals: toetsing, deskundigheidsbevordering, herregistratie, patiëntenraadpleging maar ook structurele samenwerkingsvormen met patiëntenorganisaties en verzekeraars of samenwerking tussen beroepsgroepen.
De twee belangrijkste toetsingsvormen zijn intercollegiale toetsing en visitatie. Bij intercollegiale toetsing beoordelen collega's elkaars handelen terwijl bij visitatie beoordeling door externen plaatsvindt.
Onder deskundigheidsbevordering vallen vormen van bij- en nascholing. Beoogd wordt met bij- en nascholing op maat aan te sluiten op de kennisbehoefte van de individuele beroepsbeoefenaar.
Herregistratiesystemen hebben als doel bij te dragen aan een constante kwaliteitsbewaking en -verbetering van een gehele beroepsgroep via een verplichte beroepsuitoefening, nascholing en deelname aan intercollegiale toetsing.
De inbreng van de patiënt in het zorgverleningsproces wordt gewaarborgd door patiëntenraadplegingen in de vorm van meningspeilingen, satisfactieonderzoeken, maar ook door klachtenregistraties.
Structurele samenwerkingsvormen binnen en tussen beroepsgroepen beogen een betere afstemming te creëren tussen beroepsbeoefenaren waarin de patiënt centraal staat.
Opgemerkt moet worden dat deze voorbeelden van kwaliteitsbevorderende activiteiten geen volledige opsomming zijn.

1.2.3 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie

Om de bovengenoemde middelen te ontwikkelen en in te voeren zijn een aantal condities en randvoorwaarden te onderscheiden die hierbij een belangrijke rol spelen. Het zijn vooral de infrastructuur, de positie van de beroepsgroep en de financiën die van invloed zijn op het creëren van systematisch opgezette kwaliteitszorg.

Infrastructuur

Koepels van beroepsbeoefenaren zijn sinds 1990 gestart met het creëren van de vereiste infrastructuur voor zowel de ontwikkeling als de invoering van kwaliteitsactiviteiten. Structuren voor het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten zijn bijvoorbeeld kwaliteitscommissies en kwaliteitsplatformen. Voor het implementeren van kwaliteitsactiviteiten is het essentieel dat de organisatiestructuur zodanig opgezet wordt dat informatieoverdracht van landelijk niveau naar individuele beroepsbeoefenaren via tussenliggende (regionale) structuren plaats kan vinden. Een goede infrastructuur wordt gekenmerkt door een optimale samenhang tussen bestuurlijke besluitvorming, uitvoering van vastgesteld beleid en de controle op die uitvoering (Verdenius, 1992).

Tijd en geld

Zowel het creëren van structuren als het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsactiviteiten kost tijd en vooral ook geld. Het creëren van een infrastructuur vergt een structurele financiering terwijl de ontwikkeling en implementatie van losse activiteiten veelal via subsidies tot stand kan komen. Elke beroepsgroep heeft over de financiering van structuren en instrumenten eigen afspraken met subsidiegevers en financiers. Organisaties die structurele- of projectmatige financiering verschaffen zijn bijvoorbeeld het Ministerie van VWS en de Ziektekostenverzekeraars.

Positie van de beroepsgroep

Tot slot is de positie van een beroepsgroep van belang bij het invoeren van kwaliteitsactiviteiten. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren kunnen gemakkelijker hun eigen kwaliteitsactiviteiten ontwikkelen en invoeren dan beroepsgroepen die in instellingen werken. Dit heeft te maken met de mate van autonomie die beroepsbeoefenaren in hun beroepsuitoefening hebben. Daarnaast zijn er binnen instellingen verschillen tussen beroepsgroepen in autonomie van de beroepsuitoefening.

1.3 Onderzoeksvragen

In paragraaf 1.1. is de onderzoeksvraag die in dit rapport centraal staat gepresenteerd. Deze vraag is:

'Hoever zijn de onderscheiden beroepsgroepen gevorderd met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem?'

Bij het beantwoorden van deze vraag wordt gebruik gemaakt van het onderzoeks-kader zoals dat in paragraaf 1.2. beschreven is.
Concreet worden voor elke beroepsgroep de volgende vier vragen uitgewerkt:

1. *Wat zijn de doelen van het kwaliteitsbeleid?*
2. *Welk instrumentarium is hiertoe ontwikkeld en ingevoerd?*
3. *Welke condities en randvoorwaarden beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem?*
4. *Welke effecten hebben de geïmplementeerde kwaliteitsactiviteiten?*

Zoals in dit rapport zal blijken zijn er nog nauwelijks empirische gegevens over effecten bekend. Voor de meeste beroepsgroepen konden daarom alleen de eerste drie onderzoeksvragen uitgewerkt worden.

Aan het einde van elk hoofdstuk wordt in een conclusie beschreven hoe ver de betreffende beroepsgroep gevorderd is met de invoering van een kwaliteitssysteem. Eerst wordt een globaal overzicht gegeven van de stand van zaken. Daarna wordt bezien of er een chronologische volgorde in de ontwikkelingen te ontdekken valt. Afgesloten wordt met een alinea over de stand van het wetenschappelijk onderzoek.

1.4 Methode

De gegevens uit dit rapport zijn afkomstig uit drie bronnen:

1. Recente beleidsdocumenten van de koepelorganisaties. De documenten die zijn opgevraagd bij de koepelorganisaties van de beroepsgroepen betreffen (kwaliteits)jaarverslagen en beleids- c.q. werkplannen.
2. Literatuurstudie per beroepsgroep over de periode 1991-1999. Er is met name gezocht naar empirische gegevens over de mate waarin kwaliteitsactiviteiten zijn geïmplementeerd en naar onderzoeksgegevens over de eventuele effecten van kwaliteitszorg. Tevens zijn overzichtsartikelen uit het handboek 'Kwaliteit van Zorg' geselecteerd. In de literatuurstudie is alleen gezocht naar Nederlandstalige publicaties van wetenschappelijk onderzoek (in de bibliotheken van het NIVEL, Prismant en het Trimbos-instituut). De zoekstrategie die hierbij gehanteerd is, is weergegeven in bijlage I (achter in dit rapport).
3. Een interview met een of meerdere vertegenwoordigers van koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren. In dit interview is het conceptoverzicht aan de vertegenwoordiger(s) van de beroepsgroep voorgelegd met de vraag om feitelijke

onjuistheden te corrigeren en zo nodig ontbrekende gegevens toe te voegen. Deze gesprekken zijn eind 1999/begin 2000 gevoerd. In de tekst is in voetnoten met # aangegeven welke informatie mondeling van de geïnterviewde(n) is verkregen.

Bij de literatuurstudie zijn Engelstalige publicaties om praktische redenen buiten beschouwing gelaten. Het meenemen van Engelstalige publicaties leidde tot onderzoeksbestanden van onwerkbare omvang (duizenden titels) waarvan relatief weinig gebruikt kon worden omdat het geen onderzoek onder Nederlandse beroepsgroepen betrof. De eerste beperking van dit onderzoek is dat Engelstalige publicaties over Nederlandse beroepsgroepen gemist zijn.
Een tweede beperking is dat beschouwende literatuur niet is meegenomen. Dit betekent dat zeer recente ontwikkelingen op kwaliteitsgebied waarover nog geen onderzoeksliteratuur beschikbaar is, ontbreekt.
Vanzelfsprekend zijn ook de wijze waarop de literatuur ontsloten is en de trefwoordentoekenning van invloed op de gevonden publicaties.
Door deze beperkingen wordt nadrukkelijk geen volledigheid gepretendeerd.

1.5 Opbouw van het rapport

Voor elke beroepsgroep wordt in een apart hoofdstuk de stand van zaken in kaart gebracht aan de hand van het eerder gepresenteerde kader. Hierin worden achtereenvolgens beschreven: de doelen zoals ze door de koepelorganisaties zelf geëxpliciteerd zijn, de middelen die ontwikkeld zijn en de condities waaronder dit plaatsvindt.
Aan het eind van elk hoofdstuk is de fase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt weergegeven in een conclusie. Hierna is voor elke beroepsgroep de bijbehorende literatuurlijst ingevoegd.
De volgorde waarin de beroepsgroepen worden besproken is als volgt: huisartsen (hoofdstuk 2), medisch specialisten (hoofdstuk 3), verpleeghuisartsen (hoofdstuk 4), sociaal geneeskundigen (hoofdstuk 5), apothekers (hoofdstuk 6), tandartsen (hoofdstuk 7), verloskundigen (hoofdstuk 8), verplegende en verzorgende beroepen (hoofdstuk 9), paramedici (hoofdstuk 10), psychologen (hoofdstuk 11) en alternatieve genezers (hoofdstuk 12). Het rapport wordt afgesloten met een beschouwing en conclusies waarin onder andere verschillen tussen beroepsgroepen aan de orde komen.

Literatuur

Klazinga, N., en T. Casparie, Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren. In: Gezondheid, 1:2:211-222, 1993.

Ministerie van VWS, Wet BIG. Stb. 510, 06-11-1997.

NRV, Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering, NRV publicatie 13, Zoetermeer 1990.

Sluijs, E.M., De Bakker, D.H., Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. NIVEL / NRV, Utrecht 1992.

Sluijs, E.M., De Bakker, D.H., Dronkers, J., Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. NIVEL, Utrecht 1994.

Verdenius, W., Organisatie van kwaliteit binnen de kring van huisartsen gezien vanuit de koepel (LHV); In: Handboek 'Kwaliteit van Zorg', LHV, Utrecht 1992.

Wagner, C., De Bakker, D.H. en E.M. Sluijs, Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995, NIVEL, Utrecht 1995.

2 HUISARTSEN

2.1 Inleiding

Sinds de jaren zeventig zijn er activiteiten ondernomen om de kwaliteit van de huisartsenzorg te bevorderen. In die periode is de huisartsenopleiding gestart (1972), trachtte de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de intercollegiale toetsing te stimuleren en fungeerde er bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een Commissie Toetsing. Deze commissie probeerde kwaliteitsbewakingsmethoden te ontwikkelen en in te voeren (Cromme, 1976; Van Stockum, 1976). Vanaf het begin van de jaren tachtig zijn er verschillende kwaliteitsprojecten geweest, vooral vanuit de universitaire huisartsinstituten (Lamberts et al, 1981). De aandacht ging hierin grotendeels uit naar het opstellen van protocollen, het meten van kwaliteit en de intercollegiale toetsing (Grol et al, 1986 en 1987). Sinds het einde van de jaren tachtig biedt het NHG via de ontwikkeling van landelijk geldende richtlijnen een (wetenschappelijke) basis voor het handelen in de praktijk en voor opleiding en nascholing (Grol, 1992).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

2.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 31 december 1998 staan er 8.926 huisartsen ingeschreven in het register van erkende huisartsen. Een grote meerderheid van de huisartsen (7.093 huisartsen) is op dat moment zelfstandig gevestigd en een klein gedeelte (463 huisartsen) is in dienst van een huisarts.
Het totaal aantal praktijken besloeg toen 4.813, waarvan 3.218 solopraktijken (67%), 1.158 duo praktijken (24%), 289 groepspraktijken (6%) en 148 gezondheidscentra (3,1%) (OSA-publicatie ZW2, 1999).

Organisatiestructuur
De huisartsen zijn georganiseerd in de LHV. Dit is de koepelorganisatie die zorg

---

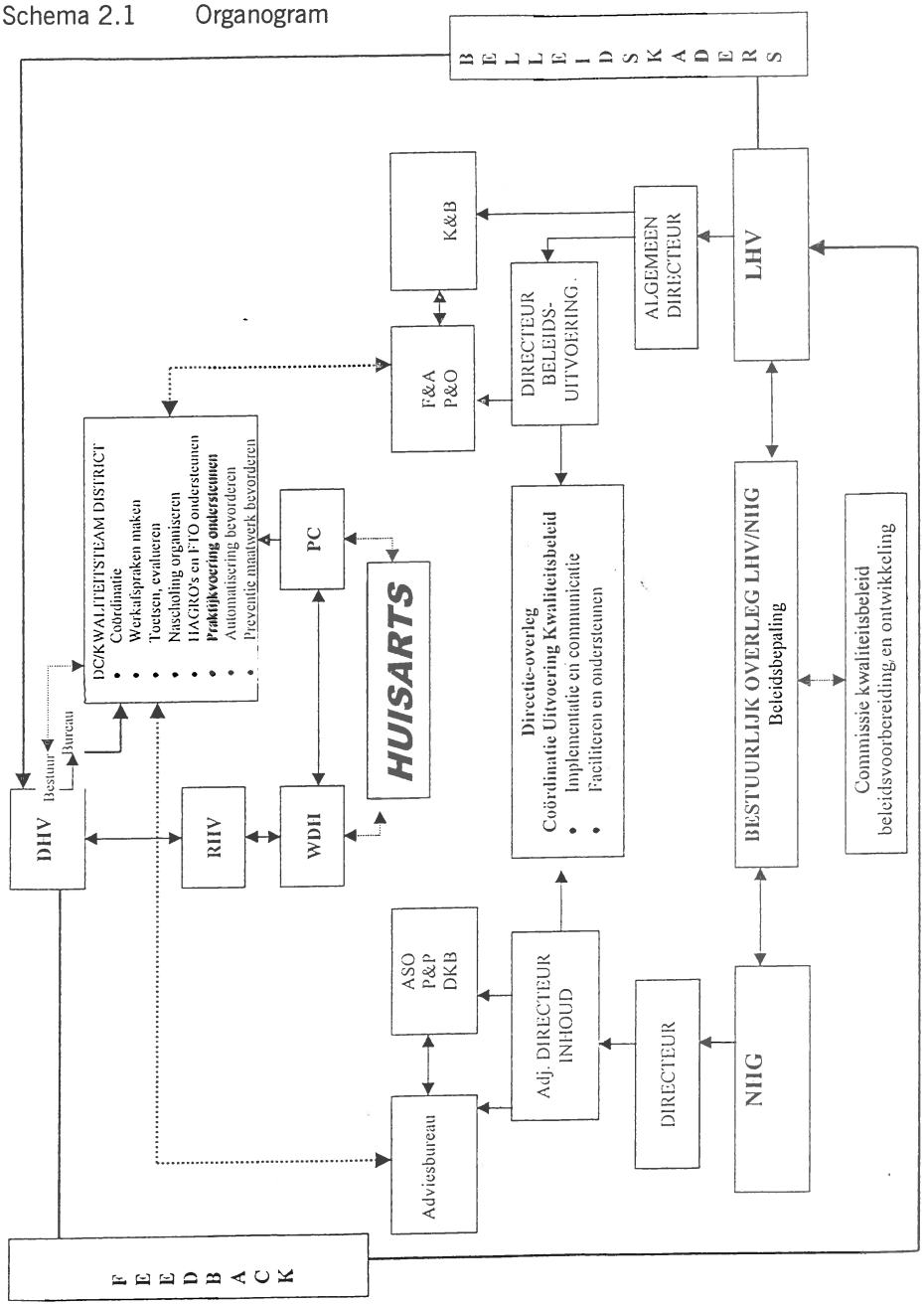
1 Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

draagt voor het verwerven en behouden van een sterke positie van de beroepsgroep in de gezondheidszorg. Een tweede doelstelling van de LHV is de belangenbehartiging van alle huisartsen. Daarnaast heeft de beroepsgroep een wetenschappelijke vereniging, het NHG. Dit is de organisatie die zich vooral bezig houdt met de inhoudelijke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen. Zij beschouwt wetenschappelijk onderzoek en nascholing als haar kernactiviteiten (Verdenius, Handboek Kwaliteit van Zorg). De organisatiegraad van de beroepsgroep is hoog; ruim 90% van de huisartsen is lid van de LHV (LHV, 1999).

Het organisatiemodel van de LHV heeft een centrale-decentrale functieverdeling met als uitgangspunt het ondersteunend karakter van de centrale inbreng naar de districten. Het organogram is weergegeven in schema 2.1.

Op landelijk niveau komt een periodiek directie-overleg van LHV en NHG waarin de uitvoering van het kwaliteitsbeleid wordt gecoördineerd. De afdelingen van LHV en NHG met taken op het gebied van kwaliteitsbeleid leveren ieder een eigen inbreng. Het bestuurlijk overleg LHV/NHG toetst en bewaakt de uitvoering van het beleid, hierbij ondersteund door een commissie kwaliteitsbeleid (CKB) voor de beleidsvoorbereiding en ontwikkeling.
In de districten zal een kwaliteitsteam zorgen voor samenhang zodat er aansturing, overleg en afstemming plaatsvindt over de uit te voeren activiteiten. In het kwaliteitsteam werken alle functionarissen samen die een taak hebben op het terrein van kwaliteitsbeleid. De districtscoördinator krijgt een belangrijke, sturende rol in het kwaliteitsteam (LHV/NHG, 1999).

Schema 2.1 Organogram



Bron: LHV/NHG, 1999.

2.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

In 1987 hebben de LHV en NHG ieder een beleidsnota over kwaliteit uitgebracht. Deze beleidsnota's hebben in 1991 geresulteerd in een gezamenlijk kwaliteitsbeleid binnen de huisartsgeneeskunde. Het huidige kwaliteitsbeleid is geformuleerd in de recent verschenen kwaliteitsgids 'Kwaliteit op Koers' en heeft tot doel het 'product' van de huisartsgeneeskunde, de feitelijk geleverde zorg te verbeteren (LHV & NHG, 1999). De bedoeling van dit beleid is, dat het meer is dan beleid dat uitsluitend gericht is op deskundigheidsbevordering en/of (na)scholing van huisartsen (LHV, 1998).

Het kwaliteitsbeleid wordt uitgevoerd in districten. Dit houdt in dat districten moeten zorgen voor de ontwikkeling van districtsprogramma's. Deze programma's bieden de huisartsen in de districten de belangrijkste, grote huisartsgeneeskundige thema's aan in cycli met een looptijd van vijf jaar. Naast specifieke huisartsgeneeskundige onderwerpen wordt in de districtsprogramma's aandacht besteed aan actuele thema's die afhankelijk zijn van lokale of landelijke prioriteiten.
Een belangrijk uitgangspunt is dat er samenhang bestaat tussen activiteiten gericht op de verschillende niveaus binnen de beroepsgroep (individu, praktijk, hagro, district, landelijk), alsmede tussen activiteiten gericht op huisartsen en activiteiten gericht op praktijkondersteunend personeel (LHV/NHG, 1999).

2.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn op centraal niveau een aantal activiteiten ontwikkeld voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Dit zijn activiteiten ten aanzien van normering, toetsing, deskundigheidsbevordering en in toenemende mate zijn activiteiten ook gericht op de praktijkvoering in het algemeen[#]. Deze activiteiten vormen de basis voor de programma's die door de districten ontwikkeld worden.
In de districtsprogramma's, die jaarlijks worden vastgesteld, zijn de activiteiten voor kwaliteitsbevordering opgenomen die door de districten zijn gekozen (LHV/ NHG, 1999). De activiteiten die in deze paragraaf worden besproken zijn achtereenvolgens: NHG-standaarden, (intercollegiale) toetsing, farmacotherapieoverleg (FTO), visitatie, deskundigheidsbevordering en accreditering, nascholing, (her)registratie, samenwerkingsactiviteiten en automatisering en informatiesystemen.

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de LHV

2.4.1 Normen en criteria

De afdeling Standaardenontwikkeling (ASO) van het NHG is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van NHG-Standaarden, landelijke transmurale afspraken (LTA's) en richtlijnen voor farmacotherapie. De afdeling Praktijkvoering en Preventie (P&P) heeft een taak op het gebied van richtlijnenontwikkeling op het gebied van praktijkvoering, voorlichting, preventie en automatisering (LHV/NHG, 1999). Bovendien worden richtlijnen uitgegeven door de KNMG en normen geformuleerd door tuchtcolleges.

Standaardenbeleid

Het standaardenbeleid is de speerpunt van het landelijke kwaliteitsbeleid. Vanaf 1989 werkt het NHG aan het ontwikkelen van landelijk geldende standaarden en richtlijnen voor de huisartsenpraktijk. Standaarden zijn 'richtlijnen voor het handelen van huisartsen, opgesteld door huisartsen, die optimaal wetenschappelijk zijn onderbouwd, door deskundige referenten becommentarieerd en op haalbaarheid getoetst (NHG, 1990). Standaarden zijn bedoeld als houvast voor huisartsen in het dagelijks werk, als middel om onaanvaardbare verschillen in werkwijze terug te dringen, als een basis voor toetsing en nascholing en als uitgangspunt voor werkafspraken met specialisten. Er wordt bij het opstellen van standaarden gebruik gemaakt van een consensusprocedure (Thomas, 1993). Begin 1991 waren er ongeveer 15 standaarden verschenen voor uiteenlopende onderwerpen, inmiddels zijn dit er ruim 70. Nieuw ontwikkelde standaarden worden gepubliceerd in het tijdschrift Huisarts en Wetenschap.

In eerste instantie waren standaarden gericht op aandoeningen die frequent in de huisartsenpraktijk voorkwamen en op programmatische preventie. In 1996 is de ontwikkeling van standaarden voor het hulpverleningsproces, met name de communicatie met en de voorlichting aan de patiënt, in gang gezet: de zogenoemde horizontale standaarden. Verder hebben in de komende jaren transmurale richtlijnen, richtlijnen voor de praktijkvoering in het algemeen en de delegatie van taken aan de praktijkassistenten prioriteit (KNMG, 1999).

Werkafspraken in gezondheidscentra

Aanvullend op de standaarden zijn in gezondheidscentra multi-disciplinaire werkafspraken gemaakt. Dit zijn afspraken tussen hulpverleners van verschillende disciplines over procedures of behandelingen die veel voorkomen en gericht zijn op bepaalde groepen patiënten (medisch-inhoudelijke afspraken). Daarnaast zijn er in de centra organisatorische werkafspraken gemaakt. Deze zijn van toepassing op de praktijkorganisatie, zoals de inschrijving van nieuwe patiënten of taakverdeling van centrumassistentes (Ros, 1996).

Naleving van standaarden

In deze paragraaf worden standaarden waarover, na verschijning, meerdere grote studies zijn verschenen en algemene studies naar helderheid en consistentie, bekendheid en acceptatie en naar kosten en effecten besproken.

Uit een onderzoek van Heerdink naar richtlijnen, standaarden en protocollen wordt duidelijk dat niet uitgegaan zou mogen worden van het standpunt 'Een goed protocol verkoopt zichzelf wel'. Voor de acceptatie en toepassing van richtlijnen in het algemeen blijkt vooral de opstelling van de LHV en NHG voor huisartsen cruciaal. Huisartsen accepteren standaarden veelal eerder dan door 'derden' uitgebrachte richtlijnen omdat de hele beroepsgroep erachter staat (Heerdink et al, 1990).

Voorwaarde voor naleving van een standaard is het bekendheid zijn met de standaard. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat standaarden niet vanzelfsprekend bekend verondersteld mogen worden. Een jaar na het verschijnen van een nieuwe standaard is ongeveer 50% van de huisartsen goed bekend met de inhoud ervan. NHG-leden en huisartsen in samenwerkingsverbanden staan positiever tegenover standaarden en zijn er ook meer bekend mee dan niet-NHG-leden en solisten (Grol, 1992).

Naar naleving van standaarden is in de jaren '90 veel onderzoek verricht. Opvallend is dat het onderzoek zich toespitst op een aantal standaarden. Veel onderzoek is bijvoorbeeld gedaan naar de standaarden 'Diabetes Mellitus type II', '(Dreigende) miskraam', 'Enkeldistorsie' en 'Otitis media acuta'. Over andere standaarden, zoals bijvoorbeeld 'Acute keelpijn', 'Migraine' en 'Acne vulgaris' is aanmerkelijk minder gepubliceerd. De eerste studies waarin feitelijke zorg van huisartsen gerelateerd is aan de NHG-standaarden dateren van begin jaren '90 en zijn gebaseerd op gegevens uit de eerste 'Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk', een samenwerkingsverband van het NIVEL, de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK) en het NHG uit 1987/1988. De gegevens over het handelen van huisartsen zijn verzameld voórdat de standaarden gepubliceerd waren. Na analyse van een aantal standaarden[1] is gebleken dat de Nederlandse huisartsen, al voor de NHG-standaarden waren gepubliceerd, in belangrijke mate volgens die richtlijnen werkten. Over deze standaarden kan men dus zeggen dat ze gangbaar waren (Van der Velden et al, 1993).
Uit een onderzoek naar doelmatigheid als onderdeel van kwaliteit bij huisartsgeneeskundig handelen is de relatie tussen kosten en andere kwaliteitsaspecten in verschillende deelprojecten geanalyseerd. Dit heeft tot de nodige dilemma's geleid over wat nu 'de gouden standaard' is. In het algemeen zijn standaarden gericht op het verbeteren van de kwaliteit en het vergroten van de doelmatigheid. Hierop bestaan enkele uitzonderingen. Zo is er bij cara sprake van onderdiagnose en onderbehandeling. Als er meer expliciet volgens de standaard gewerkt zou worden stijgen de kosten (Veerman et al, 1995). Eerder onderzoek naar cara wees in dezelfde richting (Stokx et al, 1992).

---

[1] hypertensie, astma bij kinderen, CARA, urineweginfectie, otitis media acuta, acute keelpijn, enkeldistorsies, migraine, diabetes mellitus II en acne vulgaris.

Belangrijke voorwaarden voor een goede standaard zijn consistentie en helderheid: inconsistentie en onduidelijkheid kunnen gemakkelijk tot misverstanden leiden. Alle 29 standaarden die tot en met 1992 zijn gepubliceerd, zijn aan de hand van vijf criteria geanalyseerd op helderheid en consistentie. Het gaat hier vooral om omschrijvingen en definities van begrippen en termen in de tekst van de standaard en consequente handhaving hiervan. Gebleken is dat acht van de dertien standaarden uit 1989 en 1990 voldoen aan de gestelde criteria, en veertien van de zestien standaarden uit 1991 en 1992 (Van Duijn, 1994).

Van het bestaan van de standaard 'Enkeldistorsie' bleek in 1991 ruim 60% van 320 responderende huisartsen op de hoogte te zijn en 50% zei de inhoud goed te kennen. Gevraagd naar de mening over enkele essentiële aanwijzingen in de standaard, bleek de meerderheid (62%-91%) van de respondenten (n=320) het daar in grote lijnen mee eens te zijn. Toch bleek dat naleving van de standaard op verschillende belemmeringen stuitte, zoals de invloed van patiënten en een gebrek aan vaardigheden (Grol et al, 1991). In 1992 bleek dat nascholing van artsen in enkelletsels de werkwijze slechts gedeeltelijk beïnvloedde (Smeets et al, 1998).

Een standaard waarin grotendeels overeenstemming tussen het feitelijk handelen (327 consulten) en de aanwijzingen bestaat is 'Otitis Media Acuta', met name bij de anamnese, onderzoek en diagnosestelling. Met betrekking tot het controlebeleid bij jonge kinderen en het antibioticabeleid week het feitelijk handelen af van de standaard. Deze twee aanbevelingen waren minder bekend onder huisartsen, wat het verband met de toepassing mogelijk verklaarde (Dalhuijsen, 1993). Afwijking van het antibioticabeleid werd bevestigd in een retrospectief onderzoek in twee groepspraktijken (Majoor et al, 1994).

Uit een onderzoek naar het volgen van de standaard 'Dreigende Miskraam' onder 495 huisartsen bleek 76% van de 313 respondenten op de hoogte te zijn van het bestaan van de standaard. Van deze 239 huisartsen was 59 % in het bezit van de standaard en 92% in het bezit van de samenvatting (plastic kaart). De overgrote meerderheid van de huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, was ook goed op de hoogte van de inhoud van de verschillende aanwijzingen. Veel huisartsen zeiden in de praktijk nog al eens af te wijken van sommige aanwijzingen omdat ze het er niet mee eens zijn. Zo zijn veel huisartsen het niet eens met de aanwijzingen over de controle-afspraak (44%), het gesprek na zes weken (60%), de specialistische verwijzing (41%) en het negatieve echo-advies bij een intacte zwangerschap (38%) (Fleuren et al, 1993). Uit een onderzoek in 1995 bleek eveneens dat de standaard door huisartsen niet altijd werd gevolgd. Ook waren verloskundigen en gynaecologen het met een aantal aanwijzingen uit de standaard niet eens. In deze situaties handelden zij niet volgens de standaard (Fleuren et al, 1996). Gynaecologen hebben vooral kritiek op het afwachtende beleid en de terughoudendheid bij het doen van echografie in de NHG-standaard (Fleuren et al, 1995).

Over effecten van toepassing van standaarden in de praktijk is minder bekend. Onderzoeken waar deze effecten wel onderzocht zijn, laten tegenstrijdige resultaten zien. Zo bleek uit een onderzoek naar de 'Diabetes mellitus type II'-standaard dat het strikt volgen van de standaard leidt tot een betere diabetesregulatie (Jacobs et al, 1995). In een eerder onderzoek werden geen duidelijke veranderingen bij patiënten geconstateerd (Schellevis et al, 1994).

Het naleven van standaarden blijkt soms samen te hangen met kenmerken van de huisarts, zoals taakopvatting en subjectieve werkdruk, en met specifieke kenmerken van de praktijkorganisatie, zoals aparte controles, kaarten en oproepsystemen voor een bepaalde groep patiënten. Zo kwam uit onderzoek naar toepassing van de standaard 'Diabetes Mellitus type II' uit 1991 dat deze standaard in de praktijk maar ten dele wordt nageleefd. Van tien van de veertien aanwijzingen uit de standaard werd in ruime mate afgeweken van de adviezen. Bij de overige vier aanwijzingen zei meer dan tweederde van de 73 onderzochte huisartsen dat zij dit advies routinematig volgden (Konings et al, 1995). Het toepassen van de aanwijzingen hing samen met de taakopvatting, subjectieve werkdruk en vooral met recent gevolgde diabetesnascholing van de huisarts. Daarnaast bleken specifiek op de diabeteszorg gerichte elementen van de praktijkorganisatie van invloed op het toepassen van de adviezen (Konings et al, 1996). Dat een goede praktijkvoering de implementatie van medisch-inhoudelijke richtlijnen bevordert wordt bevestigd in een onderzoek onder 350 huisartsen naar de wenselijke en feitelijke situatie van de praktijkvoering van de huisarts (De Haan, 1998).

De toepassing van standaarden blijkt toe te nemen na een aantal jaren. Dit is het geval bij de standaard 'Psoriasis'. Tussen 1987/1988 en 1995 is de incidentie van psoriasis in de huisartsenpraktijk niet veranderd terwijl het aantal verwijzingen naar de dermatoloog in 1995 gehalveerd was. Het verwijspatroon, maar ook de behandeling blijken meer in overeenstemming te zijn gekomen met de standaard (Donker et al, 1998).

2.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Huisartsen denken bij kwaliteitsbevordering zelf vooral aan nascholing (93%), intercollegiaal overleg en educatie (88%) en farmacotherapieoverleg (63%). Toetsing wordt door 30% van de huisartsen spontaan genoemd en NHG-standaarden door 23%. De meeste kwaliteitsactiviteiten worden door een meerderheid van de huisartsen positief beoordeeld. Vrijwel alle huisartsen zien systematische kwaliteitsbevordering als noodzakelijke aanvulling op de opleiding tot huisarts (95%). Er wordt echter verschillend gedacht over het al dan niet koppelen van kwaliteitsbevordering aan herregistratie van huisartsen. Er zou gevaar bestaan van misbruik door verzekeraars en het zou de mogelijkheid scheppen van het ontstaan van concurrentie tussen huisartsen. Deze bevindingen komen uit een onderzoek onder 120 huisartsen (respons 80%) die op achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht,

NHG-lidmaatschap, praktijkvorm) overeenkomen met de totale populatie van Nederlandse huisartsen (Wensing et al, 1993).

Twee van deze activiteiten, intercollegiale toetsing en nascholing, vormen samen met de hiervoor besproken standaarden de kernaspecten van het kwaliteitsbeleid. De stand van zaken in ontwikkeling van deze kernactiviteiten, evenals van andere vormen van toetsing en deskundigheidsbevordering, en van activiteiten op het gebied van (her)registratie, samenwerking en automatisering, wordt hierna beschreven.

Kennistoetsing
Toetsing van kwaliteit is in ontwikkeling. Door het NHG wordt gewerkt aan een huisartsgeneeskundige kennistoets rond standaarden waarmee op eenvoudige wijze het kennisniveau van huisartsen getoetst kan worden. Tevens ontwikkelt het NHG zogenoemde screenende kennistoetsen rond bepaalde thema's. Daarnaast start de WOK in 1999 een haalbaarheidsstudie voor een kwaliteitsverbeteringsprogramma dat bestaat uit een integraal toetsenpakket (PIT II) (LHV, 1998). Dit is een vervolg op het in 1993 gestarte Project Integrale Toetsing, dat zich richtte op toetsing van zowel kennis en vaardigheden als attitude en praktijkvoering. De doelstelling van dit project was de sterke en zwakke kanten van huisartsen vast te stellen zodat selectie van onderwerpen en werkvormen van nascholing hierop gebaseerd kunnen worden. Daarnaast zouden de betrokken huisartsen inzicht krijgen in het eigen functioneren (Blanken, 1995).

Intercollegiale toetsing
Intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde is omschreven als de vergelijking van feitelijk gedrag van huisartsen met beschreven ideaal gedrag met de bedoeling het vervolgens daaraan aan te passen. De praktijk van intercollegiale toetsing is echter een bont geheel van manieren, methoden en culturen. Sommige groepen beperken zich tot het kritisch doornemen van een standaard, het beantwoorden van de vragen van een kennistoets of het discussiëren aan de hand van een papieren patiënt. Anderen praten aan de hand van praktijkgegevens en laten direct in elkaars keuken kijken door spreekuurgesprekken te bespreken (Visser, 1994).

Sinds 1 januari 1996 is intercollegiale toetsing voor huisartsen verplicht om in aanmerking te komen voor de vijfjaarlijkse herregistratie. Daarbij wordt het begrip toetsing, in overeenstemming met de visie van het LHV, ruim gedefinieerd. Voorwaarden zijn wel dat een groep voor toetsing minstens zes keer per jaar bij elkaar komt, dat er verslagen van de bijeenkomsten worden gemaakt en dat de groep door een huisarts-begeleider wordt begeleid.

De setting van toetsingsgroepen varieert. Sommige huisartsen toetsen in de eigen huisartsengroep, andere in een afzonderlijke toetsingsgroep. Van de ruim 900 huisartsengroepen voldoet 58% aan de voorwaarden voor een goede interne

structuur: men vergadert minstens één keer per maand, heeft een vaste voorzitter, een vaste taakverdeling voor het opstellen van de agenda en het maken van de notulen. Bijna alle groepen (95%) hebben tenminste één vorm van medisch inhoudelijk overleg. Voor huisartsen in een afzonderlijke toetsingsgroep is het door het ontbreken van directe werkrelaties makkelijker om kritiek uit te oefenen op elkaars functioneren. Anderzijds is de toetsing vrijblijvender van aard (Van de Rijdt-Van de Ven, 1994).

Tussen 1993 en 1995 vond een landelijk implementatieprogramma plaats met betrekking tot intercollegiale toetsing in kleine huisartsengroepen. De strategie berustte op: publiciteit, het beschikbaar stellen van onderwijsmateriaal, het geven van trainingen voor begeleiders en het verbeteren van de interne communicatie tussen de diverse onderdelen van de LHV die verantwoordelijk zijn voor de deskundigheidsbevordering. In 1993 en 1995 zijn twee onafhankelijke steekproeven van 600 huisartsen benaderd, waaruit een respons van respectievelijk 459 en 362 huisartsen is gekomen. De kwantitatieve en kwalitatieve effecten van het implementatieprogramma blijken uiteen te lopen. Het totaal aantal respondenten dat deelneemt aan onderlinge toetsing in een kleine huisartsengroep is gedaald (83% in 1993 tegen 73% in 1995). De kwaliteit van toetsing daarentegen is op bepaalde onderdelen gelijk gebleven en op andere verbeterd. Het aantal huisartsen dat zegt het handelen meestal of altijd te vergelijken met normen of richtlijnen is vrijwel gelijk gebleven (58% in 1993, 59% in 1995). Hetzelfde geldt voor huisartsen die zeggen altijd of meestal werkafspraken te maken (37% in 1993 en 39% in 1995). Het aantal artsen dat ook de laatste stap zet: het meestal of altijd toetsen van werkafspraken, is daarentegen significant gestegen, van 14% in 1993 tot 18% in 1995. De grootste winst blijkt te zitten in groepen die in 1993 'soms' of 'nooit' werkafspraken maakten. Het aantal respondenten dat 'soms' werkafspraken maakt en toetst (respectievelijk 23% en 36% in 1993) is significant gestegen (respectievelijk 55% en 56% in 1995). Tevens is het aantal respondenten dat 'nooit' werkafspraken maakte fors gedaald (40% tot 7%). Dit geldt ook voor het nooit toetsen van werkafspraken, van 50% naar 26% (Verblackt et al, 1997).

Onderzoek naar de mate waarin deelname aan toetsing ook werkelijk leidt tot verandering is schaars. Van de 257 huisartsen die kennisgemaakt hebben met intercollegiale toetsing in Zuidoost Nederland meende een meerderheid dat toetsing het concrete handelen in de praktijk beïnvloedt, inzicht geeft in sterke en zwakke punten, de betrokkenheid bij nascholing vergroot en het gebruik van NHG-Standaarden stimuleert (Verblackt en Grol, 1995). Het slagen van toetsing staat of valt met de follow-up, het regelmatig terugkomen op goede voornemens en gemaakte afspraken. Als dit niet gebeurt is de kans groot dat huisartsen na verloop van tijd weer vervallen in hun oude routine. Deze betrekkelijke vrijblijvendheid van de toetsing heeft als voordeel dat het gemakkelijk wordt gemaakt om er aan mee te doen (Visser, 1994).

Farmacotherapieoverleg
Een multi-disciplinaire vorm van intercollegiale toetsing is het Farmacotherapie-overleg (FTO). Dit is een gestructureerd overleg van huisartsen en apothekers met als doelen het uitwisselen van informatie, reflectie op het voorschrijfgedrag en in toenemende mate het maken en toetsen van afspraken (Kocken et al, 1998).

Direct na de start in 1992 is een inventarisatie gehouden onder 409 van de 629 groepen die enige ervaring hadden met het FTO (Mulder et al, 1993). In 1997 heeft Kocken een nieuwe inventarisatie uitgevoerd onder 686 FTO-groepen. Op dat moment zijn er 827 FTO-groepen in Nederland, waarin 90-95% van alle huisartsen en apothekers participeert. Deze FTO-groepen maken bijna allemaal (95% vergeleken met 78% in 1992) een taakverdeling voor de FTO-bijeenkomst en benoemen een voorzitter. In 64% van de groepen is een door de LHV erkende begeleider benoemd. De meeste groepen komen minimaal 6 maal per jaar bij elkaar. Het contact met de tweede lijn is vergeleken met 1992 toegenomen (41% versus 27%) (Kocken et al, 1998).

Ruim 80% van de huisartsen en apothekers vindt het FTO zinvol tot zeer zinvol. Veranderingen die het FTO heeft bewerkstelligd liggen voor de huisartsen deels anders dan voor apothekers. Huisartsen geven aan mede door het FTO een beter inzicht te hebben gekregen in het eigen prescriptiescala en dat de relatie met andere huisartsen en met de apotheker is verbeterd. Apothekers zijn mede door het FTO meer aan medicatiebewaking en medicatiebegeleiding gaan doen. Daarnaast geven zij aan dat zij nu bij vragen sneller contact opnemen met huisartsen uit de groep. Een andere verandering die door zowel huisartsen als apothekers gesignaleerd wordt is het feit dat beiden meer zicht hebben gekregen op de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen. Iets minder positief is de mening van huisartsen en apothekers over de efficiëntie van het FTO. Tweederde van de respondenten vindt dat het FTO efficiënt verloopt. Acht procent is er minder tevreden over en vindt de resultaten niet concreet genoeg (Kocken et al, 1998).

Visitatie
De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), een samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Universiteit Maastricht, heeft in samenwerking met het NHG twee visitatiemethoden ontwikkeld. Beide methoden zijn niet alleen bedoeld om de kwaliteit te verbeteren maar ook om de door huisartsen ervaren werkdruk en werkbelasting te reduceren. Ze vinden plaats op initiatief van de huisarts. De ene methode geeft inzicht in de praktijkvoering van de huisarts en de andere in het persoonlijk functioneren van de huisarts tijdens het spreekuur.

Het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) is een methode waarmee huisartsen hun eigen praktijkvoering kunnen toetsen aan een referentiepopulatie van huisartsen die reeds eerder de VIP hebben toegepast. Het doel van het VIP is de huisarts een

overzicht te geven van aspecten van de praktijkvoering die verbeterd kunnen worden. De feedback betreft ongeveer 250 indicatoren verdeeld over zes hoofdaspecten van de bedrijfsvoering, namelijk: uitrusting, taakdelegatie en samenwerking, dienstverlening en organisatie, verslaglegging, kwaliteitsbevordering en time-management. Zowel huisarts als assistente vullen een vragenlijst in, onder 30 patiënten wordt een enquête gehouden en er vindt een praktijkobservatie plaats. De feedback wordt gepresenteerd in een rapport voorzien van referentiewaarden en nuttige tips. Met de methode is ervaring opgedaan. Het blijkt dat ze tot veranderingen leidt bij een hervisitatie na een jaar (Van den Hombergh et al, 1997). Het districtsprogramma voorziet erin dat elke huisarts minimaal eens per vijf jaar in aanmerking komt voor de praktijkvoeringstoets, die wordt uitgevoerd door een consulent uit het kwaliteitsteam. De ontwikkeling van het VIP is afgerond in 1998 (LHV/NHG, 1999).

Een eerste toetsing van het VIP is uitgevoerd onder 59 huisartsenopleiders door de Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit (WOK), samen met NHG en LHV. Toen werd deze evaluatiemethode beoordeeld als valide maar te weinig gebruikersvriendelijk. Een op basis van de pilotstudie verbeterde visitatiemethode is uitgetest in 110 huisartsenpraktijken en vervolgens geëvalueerd in 90 van deze praktijken. De bruikbaarheid en toepasbaarheid werd door de deelnemers zeer positief gewaardeerd en inzicht is verkregen in voorwaarden die gunstig zijn voor een optimale praktijkvoering en kwaliteitsverbetering. Dit zijn bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden met een associatie- of maatschapsstructuur en de aanwezigheid van 100% gediplomeerde assistentie per huisarts met een eigen behandelkamer (Van den Hombergh et al, 1995).

De tweede visitatiemethode is bedoeld om inzicht te geven in het persoonlijk functioneren van de huisarts tijdens het spreekuur. De visitatie omvat hier een schriftelijke inventarisatie vooraf, een praktijkobservatie en een twee uur durende observatie tijdens het spreekuur, gevolgd door een intercollegiaal gesprek van de huisarts met de visitator (Van den Hombergh et al, 1997).

Deskundigheidsbevordering en Accreditering

Deskundigheidsbevordering door middel van nascholing is, naast standaarden en toetsing, het derde kernaspect van het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse huisartsen. Dit wordt binnen de 'eigen' organisatiestructuur aangeboden. Daarnaast zijn er vele andere organisaties die nascholing en deskundigheidsbevordering aan huisartsen aanbieden. Hieronder zijn universitaire instellingen, grote ziekenhuizen en andere non-profitorganisaties. Ook zijn er commerciële organisaties actief op dit terrein. Dit wordt mogelijk gemaakt door de open structuur van accreditering waarin ook 'buitenstaanders' worden toegelaten, mits de NHG-standaarden als leidraad worden gebruikt voor de aangeboden deskundigheidsbevordering (Ehrhardt, 1998).

Accreditering wil zeggen dat programma's ter bevordering van deskundigheid van huisartsen een keurmerk krijgen toegekend. De accreditering is erop gericht de kwaliteit van de aangeboden deskundigheidsbevorderingsprogramma's te verbeteren. Het systeem van accreditering is ingegaan in 1996, tegelijk met de nieuwe regeling voor herregistratie van huisartsen. Huisartsen dienen gemiddeld 40 uur per jaar, over een periode van vijf jaar, deel te nemen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering om voor herregistratie in aanmerking te komen (LHV, 1995).

Het NHG vervaardigt de zogenoemde deskundigheidsbevorderingspakketten (DKB-pakketten). Een pakket bestaat uit onderwijsmateriaal op basis van standaarden. Vanaf 1992 wordt voor vrijwel iedere nieuwe standaard een DKB-pakket gemaakt. Elk pakket bevat verschillende onderwijseenheden of werkvormen die in de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH's) toegepast kunnen worden. Een WDH bestaat uit zes tot acht huisartsen die in een bepaalde regio de programma's voor deskundigheidsbevordering maken. De programma's van de WDH's worden steeds meer op districtsniveau gecoördineerd. De LHV en het NHG zorgen voor ondersteuning van de WDH's en de districten. Het NHG zal in 1999 acht nieuwe DKB-pakketten bij nieuwe Standaarden ontwikkelen. Een groot aantal pakketten wordt geactualiseerd en er wordt gewerkt aan het verspreiden van DKB-pakketten op Cd-rom (LHV, 1998).

De WDH's zorgen zelfstandig voor 42% van het cursusaanbod en in samenwerking met plaatselijke ziekenhuizen of specialisten voor nog eens 15%. Bedrijven nemen 28% voor hun rekening, het postacademisch onderwijs (PAO) en andere non-profitinstellingen 13%, en particulieren 2%. De inhoud van de cursorische nascholing is vooral gericht op het medisch handelen (65%) en in mindere mate op communicatie met patiënten en praktijkvoering (23%), preventie, of zorg voor bepaalde groepen (12%) (Ehrhardt, 1998). Vrijwel alle huisartsen (97% in 1996) nemen deel aan nascholingscursussen en andere vormen van deskundigheidsbevordering. Ruim 80% besteedde hieraan destijds meer dan 40 uur per jaar (Van der Werf et al, 1999). In totaal zijn 1800 cursussen gehouden in 1996, resulterend in ruim 8000 onderwijsuren (KNMG, 1999).

Nascholing

Onderzoeksresultaten betreffende opvattingen over nascholing en gepercipieerde effecten van nascholing zijn in beperkte mate bekend. Hieronder worden bevindingen van twee onderzoeken gepresenteerd.

In 1992 is een onderzoek onder 280 Rotterdamse huisartsen gedaan naar de opvattingen over nascholing. Begin jaren '90 werd nascholing in Rotterdam nog georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). In dit onderzoek geeft de meerderheid van de huisartsen aan (54%) 9 tot 16 dagdelen nascholing per jaar nodig te hebben om goed te kunnen functioneren als huisarts. Huisartsen hechten een groot belang aan het specifieke onderwerp van de cursus. Van de

onderzochte huisartsen vindt 95% dat cursussen gericht moeten zijn op de praktijk en 90% dat er in de cursus ingespeeld moet worden op het door hen ervaren kennisgebrek. Driekwart van de huisartsen geeft aan ook persoonlijk geïnteresseerd te willen zijn in een nascholingsonderwerp. Het in een groepsdiscussie geconfronteerd worden met het eigen handelen blijkt voor de helft geen probleem te zijn, terwijl een kwart hiermee toch enige moeite heeft. Door 23% van de huisartsen wordt hieraan zelfs plezier beleeft. De algemeen belemmerende factoren die huisartsen ervaren bij het volgen van nascholing zijn werkbelasting van de praktijk (60%), een gebrek aan vrije tijd (55%) en moeheid 's avonds (38%). Deze belemmeringen worden duidelijker ervaren door huisartsen die minder tijd aan nascholing besteden dan zij zouden willen (Delnoy, 1993).

Oordelen van 218 huisartsen over de effectiviteit van verschillende vormen van nascholing zijn onderzocht in 1992 (Verblackt et al, 1995). In dit onderzoek is onderlinge toetsing als een vorm van nascholing beschouwd. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.2.

Tabel 2.2 Oordeel over de effectiviteit van verschillende vormen van nascholing met betrekking tot de volgende items (N=218, percentages 'methode is zeer effectief')

vorm van nascholing	A	B	C	D	E	F	G	H
WDH, nascholing	13	12	13	21	7	16	21	18
onderlinge toetsing	55	60	55	42	33	38	33	61
Warfum e.d.	28	25	11	24	14	35	9	33
PAOG/Boerhaave	6	5	4	7	3	9	4	4
Klin. bijeenkomst, ziekenhuis	5	2	4	5	1	6	13	8

A= beïnvloeden handelen in praktijk
B= krijgen inzicht in sterke/zwakke punten
C=stimuleren gebruik standaarden
D=vergroten kennis/vaardigheden
E=aanpassen praktijkvoering
F=vergroten werkplezier
G=versterken positie huisarts ten opzichte van specialist
H=vergroten betrokkenheid bij nascholing
Bron: Verblackt, 1995.

Onderlinge toetsing blijkt het beste te scoren op alle items. Het postacademische onderwijs en klinische bijeenkomsten in het ziekenhuis blijken daarentegen door de onderzochte huisartsen als weinig effectief beschouwd te worden.

Individuele deskundigheidsbevordering
Ook voor individuele deskundigheidsbevordering streven de LHV en het NHG naar de beschikbaarheid van verantwoord materiaal. Hiervoor wordt de ontwikkeling van geaccrediteerde onderwijsprogramma's met daaraan verbonden toetsing en feedback voortgezet. Het gaat om tien programma's per jaar van anderhalf uur die zijn toegespitst op de individuele leerstijl (LHV, 1998). In maart 1997 hadden nog twee andere organisaties geaccrediteerde individuele nascholing op het programma staan. Gezien het aantal nieuwe aanmeldingen is de verwachting dat nog vele organisaties zullen volgen (Ehrhardt, 1998).

Een andere vorm van individuele deskundigheidsbevordering is supervisie, een begeleidingsmethode die huisartsen een beter inzicht geeft in hun beweegredenen, hun wijze van beslissen en hun omgang met anderen. Deze methode geeft mogelijk een impuls tot het doorvoeren van veranderingen hierin (NHG, 1994). In 1999 zet de NHG de opleiding van NHG-Huisarts-Supervisoren voort.

Deskundigheidsbevordering praktijkassistenten
De LHV heeft het voornemen in 1999 te starten met het opzetten van een landelijke structuur voor deskundigheidsbevordering van praktijkassistenten (DPA). Onderdeel daarvan is het ontwikkelen en aanbieden van kadertrainingen voor praktijk-assistenten die betrokken zijn bij de uitvoering van DPA, zoals assistenten die deelnemen in besturen van Districts Samenwerkingsverbanden voor DPA. Het NHG zal een drietal nieuwe DPA-pakketten uitbrengen (LHV, 1998).

Kadertrainingen
Deze trainingen beogen de makers van nascholing en bestuursleden zodanig bij te scholen dat ze in staat zijn hun taak optimaal uit te oefenen. In 1999 zijn ongeveer 30 kadertrainingen gegeven. De meeste trainingen hebben betrekking op: onderwijs maken, presenteren en beleid maken.

(Her)registratie
De huisarts wordt na voltooiing van de huisartsenopleiding door de HVRC (Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie) ingeschreven in het register van erkende huisartsen. Inschrijving in dit register is een voorwaarde voor het uitoefenen van de huisartsgeneeskunde.
De huisartsen zijn de eerste beroepsgroep van artsen die kwaliteitseisen verbindt aan herregistratie. Tot 1996 konden huisartsen in het huisartsenregister worden geregistreerd wanneer zij de beroepsopleiding hadden voltooid en wanneer ze voldoende werkzaam waren geweest als huisarts. Sinds 1996 dienen huisartsen 40 uur per jaar deel te nemen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing (KNMG, 1999).

Samenwerkingsactiviteiten
Structurele samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen, transmurale zorg, is één van de belangrijkste punten uit het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' uit 1994 van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel). Deze transmurale zorg kan de vorm hebben van huisartsenzorg in het ziekenhuis, zorg thuis maar met behulp van ziekenhuisfaciliteiten of gezamenlijke consulten van huisarts en specialist. Inmiddels lopen er vele honderden projecten voor transmurale zorg, waarvan door het NIVEL een overzichtsstudie is gemaakt.

Op koepelniveau wordt gewerkt aan een verdere uitbouw van structurele samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere beroepsgroepen. Voor een aantal onderwerpen, namelijk verslaglegging en verwijzing, zijn al richtlijnen geformuleerd. Op een aantal gebieden wordt structureel overleg gevoerd over samenwerking. In 1998 zijn hierover door de LHV concrete aanbevelingen gedaan die verder uitgewerkt moesten worden. Hierover zijn contacten met de verschillende partners in de zorg, zoals thuiszorgorganisaties, medisch specialisten en ziekenhuizen (LHV, 1998).

Samenwerking tussen huisartsen onderling
Huisartsen werken steeds vaker in een samenwerkingsverband en vaker parttime. Een goede verslaglegging in de huisartsenpraktijk is in dit opzicht in toenemende mate van belang. Ten behoeve van uniformiteit en kwaliteit van het verslag is de NHG-Standaard 'Medische Verslaglegging' uitgebracht. Uit onderzoek blijkt dat echter nog niet aan alle eisen uit de standaard wordt voldaan: medische verslagen zijn aanwezig en beknopt, maar vaak niet leesbaar en in een aantal opzichten onvolledig (De Melker, 1994).

Samenwerking met medisch specialisten
De samenwerking tussen huisarts en specialist begint met de verwijsbrief. Het belang hiervan ten behoeve van een goede communicatie tussen de eerste en tweede lijn is evident. Daarom werd al in 1989 door het NHG als eerste standaard 'De verwijsbrief naar de tweede lijn' ontwikkeld. Hiermee werd voor iedere huisarts de gewenste kwaliteit van de begeleidingsbrief vastgelegd. In 1994 is onderzoek gedaan naar verwijsbrieven van 373 gynaecologische patiënten die voor het eerst worden verwezen. Hieruit bleek dat de meerderheid van de brieven (63%) voldeed aan de gestelde criteria. Nog niet alle huisartsen hanteren echter deze richtlijn. In 15 gevallen was geen begeleidende brief van de huisarts aanwezig. Daarnaast had een deel van deze patiënten hun huisarts helemaal niet geraadpleegd (Roex, 1995).

In een onderzoek onder 284 huisartsen in de regio Nijmegen is vastgesteld of de internistenbrieven de door de huisarts gewenste informatie bevatten en of de kwaliteit van deze brieven kan worden vergroot door een tijdbewakingssysteem en een systematische terugkoppeling van de huisarts naar de internist. Geconcludeerd is dat

de internistenbrief niet optimaal aansloot op de informatiebehoefte van de huisarts. Een tijdbewakingssysteem bespoedigde de totstandkoming van de definitieve rapportages aan de huisarts over de nieuw verwezen patiënten. Een systematische terugkoppeling van het huisartsenoordeel over de kwaliteit van de brief bevorderde de aansluiting van de gegeven informatie op de behoefte van de huisarts (Van 't Hoff et al, 1996).

Een ander belangrijk punt in de samenwerking tussen huisarts en specialist is afstemming van het geneesmiddelenbeleid. In de praktijk blijken voorschriften voor geneesmiddelen van huisartsen en medisch specialisten onvoldoende op elkaar afgestemd te zijn. Op landelijk niveau wordt hierover overleg gevoerd tussen LHV, KNMG en Orde van Medisch Specialisten in het Geneesmiddelenoverleg.
Op lokaal niveau wordt de komende jaren aan inhoudelijke afstemming gewerkt via het zogenoemde farmacotherapeutisch transmurale overleg (FTTO). In het FTTO overleg participeren zowel huisartsen en apothekers als medisch specialisten en de ziekenhuisapotheek, met als doel tot een transmuraal formularium te komen en een structuur op te zetten waarin dit formularium kan worden toegepast en geëvalueerd. Er zijn in 1999 diverse FTTO-projecten, 'proeftuinen', op experimentele basis opgezet met een looptijd van één jaar en gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De bedoeling van deze proeftuinen is uit een variëteit van experimenten af te leiden welke structuren in de praktijk mogelijk zijn en welke effecten men mag verwachten van bepaalde structuurveranderingen. Aan de proeftuinen zijn vanuit het ministerie drie voorwaarden verbonden, te weten: samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, het bevorderen van doelmatig voorschrijfgedrag en de verzekeraar als regisseur (NIVEL/SEO, 1999).

Samenwerking met GGZ
Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over 'Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw' houdt in dat toegang tot de tweedelijns GGZ via de huisarts verloopt. Dit betekent dat een huisarts ook poortwachter voor de gehele GGZ wordt. In 1998 is een begin gemaakt met een verkenning van de structuur waarin huisartsen, maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen kunnen samenwerken. Uitwerking van verantwoordelijkheden van genoemde beroepsgroepen en protocollen waarin werkzaamheden worden ingebed zal door de LHV in overleg met het NHG gebeuren (LHV, 1998).
Door het NIVEL is in 1999 een onderzoek uitgevoerd naar de nascholing van huisartsen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts wordt geacht zoveel mogelijk psychische problemen in de eerste lijn te behandelen. Er bestonden twijfels of de huisarts psychische problemen in voldoende mate onderkent, of de huisarts over voldoende diagnostische vaardigheden beschikt en of juiste diagnoses gesteld en adequate behandelingen gegeven worden. Het onderzoek inventariseert de nascholing op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg van de jaren 1996 tot en met 1998 (Van Weert et al, 1999).

Samenwerking met paramedici
In 1998 is het HOF-project van start gegaan (Huisarts-Oefentherapeut-Fysiotherapeut). In dit project wordt gestreefd naar een betere indicatiestelling tot fysiotherapie en oefentherapie door huisartsen. Daarnaast wordt onderzocht hoe de onderlinge samenwerking tussen deze beroepsgroepen kan worden verbeterd (LHV, 1998). Het project is in 1999 afgesloten met de publicaties van brochures over samenwerkingsafspraken.

Samenwerking met verpleeghuisartsen
In 1998 is het door de LHV en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA) opgestelde rapport 'Medische zorg voor ouderen, een uitdagende zorg' gereedgekomen. Aan de hand hiervan beraden de LHV en NVVA zich op een plan van aanpak om de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts te verbeteren. Dit wordt wellicht onderdeel van de regionale organisatie van de medische zorg voor ouderen (LHV, 1998).

Samenwerking met sociaal geneeskundigen
In 1998 hebben de LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde het begrip Sociaal Medische Begeleiding nader omschreven. Deze omschrijving dient om de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts verder vorm te geven. Voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid worden gezamenlijke richtlijnen ontwikkeld en voor de implementatie van de samenwerking worden in de regio projecten opgezet (LHV, 1998).

Automatisering en informatiesystemen
Huisartsinformatisering begon begin jaren '80 en heeft sindsdien een hele ontwikkeling doorgemaakt. In eerste instantie waren er alleen programma's voor de financiële en patiëntenadministratie. Met de toename van apparatuur en programmatuur werd het ook mogelijk medische informatie gemakkelijk op te slaan en deed de computer op het bureau van de huisarts zijn intrede. De LHV en NHG hebben in 1984 de Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering (WCIA) opgericht om te voorkomen dat er een wildgroei van programma's en Huisarts Informatie Systemen (HIS) ontstond. Er werd gestreefd naar standaardisatie bij het vastleggen van gegevens en bevordering van de kwaliteit van Huisarts Informatie Systemen.

Het WCIA heeft drie WCIA-HIS-Referentiemodellen gepubliceerd (1985, 1990, 1995). Deze modellen beschrijven in functionele termen wat een HIS moet kunnen. Bij het model '85 lag de nadruk op de huisarts-administratie. Het model '90 bestaat uit een aantal modules: de basismodule, de medische module, de communicatie-module, de apotheekmodule en de grootboekmodule (Van Althuis, 1999).

Begin 1997 is een onderzoek uitgevoerd naar de stand van zaken in automatisering bij huisartsen. Dit onderzoek is gedaan bij een steekproef van 1500 huisartsen met behulp van een schriftelijke vragenlijst. Voor analyse waren hiervan 864 vragenlijsten beschikbaar. Anno 1997 is het gebruik van een computer, van een WCIA getoetst HIS en van een medische module vrijwel gemeengoed geworden. In vergelijking met 1994 is er een forse toename (tabel 2.3.) (Van Althuis, 1999).

Tabel 2.3 Overzicht gebruik computer, WCIA getoetst HIS en gebruik medische module

	1997 (N=864)		1994 (N=1147)	
gebruikt medische module	689	(80%)	428	(37%)
geen gebruik medische module	67	(8%)	313	(27%)
geen getoetst HIS	44	(5%)	158	(14%)
geen computer	64	(7%)	248	(22%)
totaal	864	(100%)	1147	(100%)

Bron: Van Althuis, 1999.

De ontwikkelingen na 1990 betreffen het 'diagnostisch archief' en de griep- en cervixmodule. Het diagnostisch archief is een apart onderdeel van het Elektronisch Medisch Dossier waar meetwaarden in opgeslagen kunnen worden op een gestandaardiseerde en gecodeerde wijze. Hierdoor zijn gegevens makkelijker te analyseren.
De griepmodule (1995) en de cervixmodule (1996) zijn monitoringprogramma's die ontwikkeld zijn door de LHV en het NHG in het kader van het project Preventie Maatwerk. Deze programma's hebben als doel om de huisarts te ondersteunen bij preventieve activiteiten. De griepmodule stelt de huisarts in staat om patiënten te selecteren die in aanmerking komen voor de griepvaccinatie, deze patiënten vervolgens uit te nodigen, te vaccineren en hierover te rapporteren. Ook bij de cervixmodule gaat het om ondersteuning bij de selectie, uitvoering en rapportage. Voor de monitoring van deze programma's heeft het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) in opdracht van het preventieteam van de LHV/NHG een onderzoeksmodule ontwikkeld. Sindsdien worden beide programma's door LINH gemonitord. Evaluatie van de cervixmodule laat zien dat het programma bruikbaar is voor de monitoring van de opkomst- en beschermingsgraad van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De griepmodule blijkt een hoge vaccinatiegraad op te leveren. Gemiddeld 76% van de definitief geselecteerde patiënten wordt in 1997 (74% in 1996) daadwerkelijk gevaccineerd (Tacken et al, 1998).

De recente ontwikkelingen op het gebied van automatisering vormen het Elektronisch Therapie Systeem (ETAS) en systemen voor het aanvragen van laboratoriumonderzoek (BloedLink en LISA).
De programma's BloedLink en LISA stellen de huisarts in staat om laboratoriumonderzoek aan te vragen vanuit het elektronische medische dossier met de mogelijkheid om bepalingen apart te selecteren of via het 'probleem-georiënteerde (beperkte) aanvraagformulier'. Eerste studies naar het gebruik van deze programma's wijzen uit dat een meerderheid van de laboratoriumaanvragen via deze progamma's werden gedaan. Uit de BloedLinkevaluatie bleek verder dat er 20% minder bepalingen aangevraagd werden door huisartsen die tijdens het spreekuur de NHG-Standaarden onder de aandacht gebracht kregen dan door huisartsen die hun aanvragen deden middels het beperkte formulier (Van Wijk, 1997). Het computerprogramma LISA resulteerde in 9% meer aanvragen per formulier. Het totaal aantal aangevraagde bepalingen is niet significant toegenomen (Oosterhuis, 1996).
Sinds 1999 is het - op het ETAS gebaseerde - Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) beschikbaar. Dit is een therapieadviessysteem, ontwikkeld door het NHG in samenwerking met de LHV. Bij gebruik van het EVS kunnen huisartsen tijdens een consult op efficiënte wijze een therapieadvies (al dan niet medicamenteus) krijgen, uitgaande van de door de huisarts gestelde diagnose. De gegeven adviezen zijn gebaseerd op de standaarden (Wolters et al, 2000).

LINH
Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg is een netwerk van ongeveer 90 huisartsenpraktijken (stand maart 2000) waarin gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen worden geregistreerd. In LINH worden op continue basis diagnosespecifieke gegevens over verwijzingen, contacten, medicijnvoorschriften en aanvragen van laboratoriumdiagnostiek verzameld alsmede enkele gegevens over de samenstelling van de praktijkpopulatie. Op periodieke basis worden gegevens rond specifieke onderwerpen als NHG-standaarden en preventieve programma's in de huisartsenpraktijk verzameld. Deze informatie is van belang voor het landelijk beleid van beroepsgroep, verzekeraars en overheid omdat met cijfers onderbouwd kan worden welke bijdrage de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert. Daarnaast is inzicht in huisartsgeneeskundig handelen van belang voor de kwaliteitsbevordering (Tacken et al, 1999).

2.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur van de beroepsgroep
Kwaliteitsbeleid en de uitvoering daarvan kan alleen in de gewenste samenhang plaatsvinden indien deze worden ondersteund door een adequate organisatie. Dit

geldt voor de centrale ondersteuning ten dienste van districten (DHV's) maar ook voor de organisatorische invulling per district.

Het recente beleid van de LHV en NHG is erop gericht om de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbeleid te decentraliseren. De districtsbesturen zullen hiertoe samen met de regiobesturen en de werkgroepen deskundigheidsbevordering willen komen tot een opzet van het kwaliteitsbeleid per district dat bij een breed draagvlak (zowel bij bestuurders, leden, medewerkers en vrijwilligers) acceptatie geniet (LHV/NHG, 1999). Er is gekozen voor een structuur waarbij de beleidsvoering decentraal is gepositioneerd. De rol van de centrale organisatie (LHV/NHG Utrecht) beperkt zich tot het aangeven van beleidskaders die het decentraal niveau alle ruimte (en autonomie) geven voor eigen visie en uitvoering, alsmede tot het faciliteren van de decentrale activiteiten. De districtscoördinator zal in dit proces een spilfunctie gaan bekleden in samenwerking met een ondersteuningsteam op districtsniveau (LHV, 1998).

Positie van de beroepsbeoefenaren
De huisarts heeft als vrije beroepsbeoefenaar een aanzienlijke vrijheid in de uitoefening van de praktijk. In toenemende mate werkt de huisarts in samenwerkingsverband met andere huisartsen zodat onderlinge afstemming van werkwijze noodzakelijk is. Het handelen van de individuele huisarts zal in de toekomst mogelijk minder vrijblijvend worden omdat de druk op de huisarts om volgens de standaarden te werken toeneemt. Afwijking van standaarden zal in toenemende mate gemotiveerd moeten worden omdat standaarden binnen het domein van de rechterlijke toetsing zijn komen te vallen door de invoering van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wijmen et al, 1992).

Tijd en geld
Meer ondersteuning in de huisartsenpraktijk is volgens de LHV noodzakelijk om blijvend aan de toenemende en veranderende zorgvraag in de huisartsenpraktijken te kunnen voldoen, onder gelijktijdige handhaving van de kwaliteit van de te leveren zorg. Ondersteuning van de huisartsenpraktijken beperkt zich daarbij niet alleen tot ondersteuning in de personele sfeer. Ook moet gedacht worden aan automatisering, financiering van bouwkundige aanpassingen in de praktijk (werkruimte van de verpleegkundige) en aan ondersteuning op RHV-niveau in het kader van transmurale zorg. Het voorbereiden van alle praktijken op de komst van een praktijkverpleegkundige vergt een gedegen plan. In overleg met de DHV-en stelt de LHV zo'n plan op met als doel het succesvol inpassen van de ondersteuning in de praktijk van de huisarts. Het jaar 1999 staat dan ook in het teken van de verdere voorbereiding van de implementatie van de praktijkondersteuning (LHV, 1998).

2.6 Conclusie

Aandacht voor kwaliteit in de huisartsgeneeskunde is geen nieuw fenomeen. Huisartsen beschikken inmiddels over een samenhangend kwaliteitsbeleid en een goed functionerende (regionale) infrastructuur voor de implementatie van kwaliteitszorg. De speerpunten uit het kwaliteitsbeleid zijn de NHG-standaarden, intercollegiale toetsing en de bij- en nascholing. Sinds 1986 bestaat er samenhang tussen diverse kwaliteitsactiviteiten. In dat jaar zijn aan herregistratie kwaliteitseisen verbonden. Huisartsen moeten nu niet alleen voldoende werkzaam zijn als huisarts, maar ook 40 uur per jaar deelnemen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en aan intercollegiale toetsing.
Inmiddels zijn er 70 standaarden ontwikkeld door het NHG. In de jaren negentig is veel onderzoek verricht naar standaarden en de naleving ervan. Concluderend kan gesteld worden dat sommige standaarden of delen ervan in grote mate toegepast worden terwijl dat bij andere nog weinig het geval is. Ook blijken huisartsen onderling sterk te verschillen in behoefte en acceptatie en in bereidheid tot gebruik van standaarden. Wel is er een tendens naar toename van het gebruik van standaarden geconstateerd. Ook worden standaarden steeds vaker de inzet van intercollegiale toetsing en van deskundigheidsbevordering.
Daarnaast heeft samenwerking met andere disciplines de afgelopen 10 jaar veel aandacht, met name samenwerking tussen huisarts en specialist in transmurale projecten.
In vele huisartspraktijken worden patiëntenoordelen, over feitelijk gerealiseerde zorg en wensen ten aanzien van verbetering hierin, gemeten en gebruikt als onderwerp van toetsing. Van een structurele verankering van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid is (nog) geen sprake.

Wat betreft de chronologie geldt voor de huisartsen dat zij lang voor de jaren negentig al bezig waren met het ontwikkelen van standaarden, intercollegiale toetsing, visitatie en bij- en nascholing. De nadruk heeft bij huisartsen in de afgelopen vijf jaren voornamelijk gelegen op samenhang en afstemming van kwaliteitsactiviteiten. Ten eerste op de invoering van de kwalitatieve herregistratie. Hiervoor is samenhang in de diverse kwaliteitsactiviteiten gecreëerd en een regionale infrastructuur voor de facilitering en ondersteuning van het kwaliteitsbeleid. Met de invoering van de kwalitatieve herregistratie zijn de huisartsen de eerste beroepsgroep die aan herregistratie kwalitatieve eisen verbindt. Als tweede trend gaat er de laatste jaren veel aandacht uit naar het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden met overige beroepsgroepen. Samenwerking met specialisten is voor een aantal onderwerpen - zowel organisatorische als inhoudelijke - in standaarden gereguleerd. Ook vinden er transmurale projecten plaats om de zorg uit de eerste en tweede lijn beter op elkaar af te stemmen.

Onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van de kwaliteitsactiviteiten zijn niet op grote schaal voorhanden. Het meeste onderzoek betreft de implementatie van standaarden en intercollegiale toetsing. Uit dit onderzoek blijkt dat naleving van richtlijnen in de loop der jaren toeneemt. Onderzoek naar de effecten van richtlijnen op de kwaliteit van proces en outcome is zeer schaars. Datzelfde geldt voor onderzoek naar de effecten van toetsing en visitatie.

Literatuur

Van Althuis T. NUT 3 Rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijk automatisering (1997). Utrecht: NHG; 1999.

Blanken K. Projekt Integrale Toetsing licht eigen handelen door. Honderden huisartsen vrijwillig op de ontleedtafel. De huisarts in Nederland. 1995; 8: 26-28.

Brouwer N, Mot E, Zijderveld C, Van Praag B, Van Dijk L, Hutten J, De Bakker D. Vervolg-studie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam, NIVEL / SEO: 1999.

Cromme P. Hoe warm is uw dokter? Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 287-288.

Ehrhardt JW. Accreditering van deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Dalhuijsen J, Zwaard AM, Grol RPTM, Mokkink HM. Het handelen van huisartsen volgens de standaard Otitis media acuta van het Nederlands Huisartsen Genootschap. NederlandsTijdschrift Geneeskunde 1993; 137(42): 2139-2144.

Delnoy DMJ. Nascholing voor huisartsen in Rotterdam: een marktonderzoek. Utrecht: NIVEL; 1993.

Donker GA, Foets M,. Spreeuwenberg P, Van der Werf GTh. Beleid bij psoriasis in de huisartsenpraktijk nu meer in overeenstemming met de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde juni 1998;142(24): 1379-1383.

Van Duijn NP, Hofmans-Okkes IM. NHG-Standaarden geanalyseerd op helderheid en consistentie. Huisarts en Wetenschap 1994; 37(5): 181-187.

Fleuren, MAH, De Haan M, Grol RPTM, Sips AJBI. Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd? Huisarts en Wetenschap 1993; 36(11): 370-374.

Fleuren, MAH, De Haan M, Grol RPTM. Sluit de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan bij het beleid van gynaecologen? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde mei 1995; 139(18): 930-934.

Fleuren, MAH, Engelsbel S, Wijkel D, Schutte MF, De Haan M. Verwijsredenen van huisartsen en verloskundigen in Amsterdam bij (dreigende) miskraam gespiegeld aan de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1996; 140(39): 1956-1959.

Grol R, Mesker P (red.). Huisarts en Onderlinge Toetsing. Utrecht; 1986.

Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing. [Dissertatie] Katholieke Universiteit Nijmegen 1987.

Grol R. Standaardontwikkeling, toetsing en kwaliteitsverbetering in de huisartsgeneeskunde. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. Huisarts en Wetenschap 1991; 34(1): 30-34.

Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen; Een longitudinale analyse. Huisarts en Wetenschap 1992; 35(3): 101-108.

De Haan J. De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1998; 41(1):16-18.

Heerdink CFM, Kaptein AA, Grol R. Protocolgebruik in de huisartsenpraktijk; Wat doen huisartsen met protocollen? Medisch Contac. 1990; 22(45): 717-720.

Van 't Hoff AR, Van Kaathoven LGIM, Fennis JFM. Verbetering van de internistische polikliniekbrief door een tijdbewakingssysteem en door systematische terugkoppeling door de huisarts. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1996; 140(7): 361-364.

Van den Hombergh P, Grol R, A.J.N. Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie van huisartspraktijken; Naar toetsing van de praktijkvoering. Huisarts en Wetenschap 1995; 38(4): 169-174.

Van den Hombergh P, Huijsman-Rubingh RRR, Vesseur J. Visitatie van huisartsen. Gevraagd of aangekondigd bezoek? Medisch Contact 1997; jrg 52: nr 12: 386-389.

Jacobs ML, Akkerhuis KM, Van Dijk MJ, Kuis KBM, Veldkamp RTM, Weber RFA. Betere diabetesregulatie door strikt volgen van standaard 'Diabetes mellitus type II' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(24): 1241-1245.

KNMG, Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid; Leidschendamafspraken 1995-2000. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde; 1999.

Kocken G, Etienne R. Huisartsen en apothekers zijn tevreden over FTO. Stichting DGV maakt landelijke inventarisatie. De huisarts in Nederland 1998; 1: 11-14.

Konings GPJM, Rutten GEHM, Wijkel D. Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II ? Huisarts en wetenschap 1995; 38(13): 602-607.

Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts en wetenschap 1995; 38(1): 10-14.

Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Implementatie van een standaard; Kenmerken van huisarts, praktijk en organisatie van de diabeteszorg die samenhangen met het al dan niet volgen van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts en wetenschap 1996; 39(12): 560-564.

Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 371-378, 424-430.

LHV. De nieuwe regeling accreditering. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging; 1995.

LHV. Nota Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.

LHV. 1998 beleidsplan.

LHV en NHG. Kwaliteit op Koers. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap; 1999.

Majoor LHR, Muris JWM. Otitis media acuta: waakzaam afwachten of behandelen? Een NHG-standaard in de praktijk. Huisarts en wetenschap 1994; 37(10): 436-438.

De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1994; 37(2): 46-51.

Mot ES, Van Praag BMS, Meulenbeek AJG, De Bakker DH, Hutten JBF, Groenewegen PP. Voorstudie evaluatie onderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: NIVEL / SEO, 1999.

Mulder J, De Kroon A et al. Farmacotherapie-overleg in Nederland. De huisarts in Nederland 1993; 9: 21-29 en 10: 56-62 en Pharmaceutisch Weekblad september/oktober 1993.

Oosterhuis WP. Praktijkevaluatie van het computerprogramma 'LISA' voor het aanvragen van laboratorium-onderzoek door de huisarts. De huisarts, de specialist en het elektronische medisch dossier. 'Samenwerken in de Praktijk' (symposiumverslag EMD '96), Rotterdam 1996.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg; terreinverkenning en prioriteit voor wetenschappelijk onderzoek. 's Gravenhage 1990.

Van de Rijdt-van de Ven T. Huisartsengroepen; groei en grenzen. [Dissertatie] Tiburg: Tilburg University Press; 1994.

Roex AJM. De kwaliteit van verwijsbrieven naar de gynaecoloog getoetst aan de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(23): 1174-1177.

Ros CC, Hutten JBF, Groenewegen PP. Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL; 1996.

Schellevis FG, Van Eijk JThM, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, Van Weel C. Richtlijnen en de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg; een evaluatie van de invoering van richtlijnen. Kwaliteit en Zorg 1994; 1: 3-12.

Smeets HM, Bollen F, Van der Meulen JM, Bouter LM, Koes BM. Enkelletsel in Almere; Toepassing van de NHG-enkelstandaard. Huisarts en Research 1998; 2: 44-50.

Van Stockem T. Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol? Huisarts en Wetenschap 1976; 288-291.

Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Evaluatie van een programma Deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Utrecht: NIVEL; 1992a.

Stokx LJ, De Bakker DH, Delnoy DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht: NIVEL; 1992b.

Tacken M, Van den Hoogen H, Wiersma W, De Bakker D, Braspenning J. Programmatische preventie in de huisartsenpraktijk. Monitoring van de influenzavaccinaties in 1997 & Monitoring van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 1997. Nijmegen: LINH; 1998.

Tacken M, Van den Hoogen H, Wiersma W, De Bakker D, Braspenning J. De influenza-vaccinatiecampagne 1998. Nijmegen/Utrecht: LINH; 1999.

Thomas S. Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap: voor de praktijk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1993; 137 (42): 2135-2138.

Veerman F, De Bakker D, Broeren J, Van de Rijdt- van de Ven A, Van de Sande J. Is meten weten; Analyse en terugkoppeling van produktiecijfers in 5 gezondheidscentra te Eindhoven. SGE-VGZ-NIVEL; 1995.

Van der Velden J, Hutten J, Bijl D, Brandenburg B, Hofstra M, Grol R. NHG-Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk (eindrapport). Utrecht/Nijmegen: NHG-WOK-NIVEL; 1993.

Verblackt H, Grol R. De effecten van kadertraining; deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing in huisartsengroepen. Medisch Contact; 50 (9): 294-296.

Verblackt H, Blanken K. Implementatie van intercollegiale toetsing in huisartsengroepen. De effecten van een nationale strategie. Medisch Contact 1997; 52 (18): 565-566.

Verdenius W. Organisatie van kwaliteit binnen de kring van huisartsen gezien vanuit de koepel (LHV). Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Visser J. Intercollegiale toetsing in de praktijk. De huisarts in Nederland 1994; 5: 1-12.

Weert, JCM van, PhJM Heiligers, PFM Verhaak. GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod. NIVEL, Utrecht 1999.

Wensing M, Grol R, Dubois V. Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde; knelpunten en behoeften bij huisartsen. Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde KUN/RL (WOK); 1993.

Wensing M, Grol R, Dubois V, Hamstra L, Barendse C. Opleiding en training op het gebied van kwaliteits- en deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisarts-geneeskunde KUN/RL (WOK), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); 1994.

Van der Werf WTPF, Kuipers WLR, Blanken CJM. De kwaliteitssystemen van de medische beroepsgroep. Op weg naar Leidschendam 2000. Kwaliteit in Beeld 1999; 2; 18-20.

Van Wijk MAM. Het aanvragen van laboratoriumonderzoek. Ervaringen met BloedLink in de regio Delft. Huisarts, Specialist en het Elektronische Medisch Dossier. 'Werken aan transmurale zorg'. Rotterdam; 1997.

Van Wijmen F, Grol R. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1992; 35(6): 235-239.

Wolters I, Van Dijk L, Van Vliet J, De Bakker DH. Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem, Voorfase: Ontwikkeling meetsystematiek. Utrecht: LINH; 2000.

3 MEDISCH SPECIALISTEN

3.1 Inleiding

De medisch-specialistische beroepsgroep bestaat uit 30 erkende medische specialismen[1]. Het waarborgen van de kwaliteit van medisch-specialistische zorgverlening in het algemeen vindt plaats door middel van een aantal verschillende activiteiten. Aanvankelijk lag de nadruk op het vakmanschap van de medisch specialist, verkregen door een goede opleiding, het op peil houden door klinische ervaring en gerichte nascholing. Sinds de zeventiger jaren zijn daar andere kwaliteitsbevorderende en -bewakende activiteiten bijgekomen zoals intercollegiale toetsing (1973), richtlijnontwikkeling (1982), visitatie van niet-opleidingspraktijken (1988) en herregistratie (1992). Veel van deze activiteiten komen voort uit door de beroepsgroep genomen initiatieven en krijgen hun beslag in het ziekenhuis (Van Herk et al, 1995).

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de algemene trends in het kwaliteitsbeleid van de erkende medisch specialisten. Er wordt niet ingegaan op het specifieke kwaliteitsbeleid van elk specialisme afzonderlijk en evenmin op de verschillen tussen de specialismen.
De invalshoek in dit hoofdstuk is het niveau van de beroepsgroep, dat wil zeggen de kwaliteitsactiviteiten die op het niveau van de gehele beroepsgroep worden ondernomen. Aanvullende informatie over datgene wat medische staven en medisch specialistische praktijken lokaal in ziekenhuizen doen is te vinden in het rapport: Kwaliteitssystemen in de zorgsector: de stand van zaken in 2000 (Sluijs et al, 2000).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[2]. Aanvullend is informatie uit

---

1 Allergologie (21), anesthesiologie (1073), cardiologie (643), cardiothoracale chirurgie (105), dermato-/venereologie (389), gastro-enterologie (138), heelkunde (1000), interne geneeskunde (1659), kno-heelkunde (449), kindergeneeskunde (970), klinische chemie (20), klinische genetica (62), klinische geriatrie (75), longziekten/tuberculose (387), medische microbiologie (207), neurochirurgie (110), neurologie, klin. neurofysiologie (samen 632), nucleaire geneeskunde (79), oogheelkunde (620), orthopaedie (451), pathologie (324), plastische chirurgie (170), psychiatrie (2195), radiologie (867), radiotherapie (165), reumatologie (156), revalidatie (288), urologie (317), verloskunde/gynaecologie (773).

2 Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

3.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 31 december 1998 waren er 14.345 medisch specialisten ingeschreven in het Specialistenregister. De verdeling in aantallen over de verschillende specialismen is opgenomen in de voetnoot onder aan de vorige bladzijde.
De gegevens over werksetting stammen uit 1997. Er werkten in dat jaar 10.761 specialisten in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Van dit aantal waren 3476 interne specialisten, 3481 heelkundige specialisten, 892 specialisten zenuw- en zielsziekten en 2913 overige specialisten (OSA-publicatie ZW2, 1999).

Het merendeel van de medisch specialisten is werkzaam in het ziekenhuis. Kenmerkend voor de positie van de medisch specialist is enerzijds de professionele autonomie en anderzijds het feit dat de medisch specialisten in tegenstelling tot de andere beroepsgroepen binnen het ziekenhuis grotendeels werkzaam zijn in het vrije beroep. Zij staan niet in een gezagsrelatie tot het ziekenhuis maar zijn door middel van een toelatingscontract aan ziekenhuizen verbonden en maken per definitie deel uit van de medische staf. Stafbesturen krijgen van hun staven in toenemende mate bevoegdheden toebedeeld, met name op het terrein van de onderhandelingen met de directie over beleidsplannen en budgetten (Klazinga, 1996). Slechts een klein deel van de medisch specialisten werkt in dienstverband en staat daarmee in een hiërarchische relatie tot het ziekenhuis. In de praktijk liggen de verschillen tussen medisch specialisten in het vrije beroep en in dienstverband niet op het gebied van de autonomie maar op een verschil in rechtspositie (Van Lindert, 1999).

De stafstructuur heeft geleid tot initiatieven op het gebied van management-participatie van medisch specialisten. Door de commissie Modernisering Curatieve Zorg zijn aanbevelingen gedaan voor het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf', een organisatorische eenheid waarin medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg en zijn geïntegreerd (Biesheuvel, 1994). Een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf impliceert zowel financiële integratie als managementparticipatie van medisch specialisten (Le Grand-van den Bogaard, 1997). De totstandkoming van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is onlangs wettelijk verankerd in de Wet integratie medisch-specialistische zorg (Stb. 1999 16, 14-12-1998). In de praktijk is van een volledig geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf nog geen sprake. Eén belangrijke reden hiervoor is dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuizen en specialisten hiervoor ingrijpend zal moeten wijzigen (Van Lindert, 1999).

Organisatiestructuur
Medisch specialisten kennen diverse organisaties die zich bezighouden met de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de inhoud van het vak en de belangen van de beroeps-beoefenaren. De organisaties kunnen onderscheiden worden in drie categorieën:
1. Wetenschappelijke Verenigingen per specialisme;
2. Beroepsorganisatie voor alle medisch specialisten (Orde van Medisch Specialisten);
3. Beroepsorganisatie voor alle artsen (KNMG).

Voor elk specialisme bestaat een wetenschappelijke vereniging die zich vooral bezighoudt met de ontwikkeling van het vakgebied. Inmiddels zijn er 30 wetenschappelijke verenigingen. De oudste vereniging, die van de psychiatrie, dateert uit 1873 (Klazinga, 1991).
In 1997 is de Orde van Medisch Specialisten opgericht als beroepsorganisatie voor alle medisch specialisten. De Orde is voortgekomen uit de specialistenorganisaties: de Academische Specialisten Vereniging, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nederlandse Specialisten Federatie, waarbij ook het Convent van Wetenschappelijke Verenigingen nauw betrokken was. De Orde heeft een tweeledige doelstelling: enerzijds het bevorderen van een goed functionerende en toegankelijke gezondheidszorg en anderzijds het behartigen van de belangen van de medisch specialist in Nederland (Orde van Medisch Specialisten, 1998).
Tenslotte vormt de KNMG de overkoepelende vereniging van artsen. Halverwege de 19e eeuw verenigden de geneeskundigen in Nederland zich in de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Enige tijd later kregen medische opleidingen een wettelijk universitair kader.

Bij de ontwikkeling van kwaliteitsbevorderende en -bewakende activiteiten hebben de voormalige Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), een groot aantal wetenschappelijke verenigingen en de KNMG, een belangrijke rol gespeeld. Dit geldt ook voor organisaties die mede op initiatief van de toenmalige LSV zijn opgericht: de Stichting Medische Registratie (SMR), de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG), het Centraal Begeleidingorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP).

3.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten had de LSV en heeft de Orde van Medisch Specialisten een initiërende, stimulerende en coördinerende rol. In dit kader stelde de Commissie Kwaliteit van de LSV zich in 1995 ten doel te komen tot een kwaliteitsbeleid dat aan de volgende punten voldoet:

- alle Wetenschappelijke Verenigingen dienen goed op elkaar afgestemde kwaliteitssystemen te hebben;
- deze systemen dienen ook met de kwaliteitssystemen in de ziekenhuizen te zijn afgestemd;
- het kwaliteitsbeleid dient eveneens voor derden inzichtelijk te zijn;
- het medisch specialistisch handelen dient toetsbaar te zijn;
- niet alleen opleidingspraktijken maar ook niet-opleidingspraktijken worden eens per vijf jaar gevisiteerd;
- een systeem van kwalitatieve herregistratie;
- de kwaliteitssystemen en kwaliteitscriteria dienen zoveel mogelijk op elkaar afgestemd te zijn.

In 1994 is het Platform Kwaliteit opgericht. Hierin hebben de voorzitters van de commissies Kwaliteit van de wetenschappelijke verenigingen zitting. Door dit platform is in 1994 de Nota 'Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten, speerpunten 1994', opgesteld. In 1995 is het kwaliteitsbeleid van alle erkende medisch specialisten afzonderlijk beschreven in een overzichtsboek (Theuvenet et al, 1995).

In het ziekenhuis komen het kwaliteitsbeleid van de instelling en het kwaliteitsbeleid van de medisch specialisten bij elkaar. Het kwaliteitsbeleid van de instelling is via wet- en regelgeving aan een aantal eisen gebonden en wordt deels bepaald door initiatieven van het management en de medische staf. De nadruk ligt hier vooral op organisatorische aspecten (Klazinga, 1996). Medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor het medisch-inhoudelijke kwaliteitsbeleid. Samenhang in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten en instellingsmanagement wordt van groot belang geacht (Wagner, 1998).

3.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Deze paragraaf gaat eerst in op normen voor het handelen zoals vastgelegd in medisch specialistische richtlijnen en in NIAZ/PACE-normen. Daarna komen kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten aan de orde, zoals toetsing, visitatie, bij- en nascholing, (her)registratie, transmurale-/ketenzorg en de betrokkenheid van patiënten.

3.4.1 Normen en criteria

Richtlijnen

Alle Wetenschappelijke Verenigingen houden sinds 1982 bijeenkomsten om richtlijnen en protocollen op te stellen. Deze bijeenkomsten worden veelal georganiseerd door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (voorheen CBO).

In de beginjaren lag het accent op het opstellen van richtlijnen gebaseerd op consensus. In toenemende mate worden nu evidence-based richtlijnen ontwikkeld. Gestreefd wordt naar wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen die praktisch bruikbaar en toetsbaar zijn. Op lokaal niveau worden o.a. deze richtlijnen gebruikt om per specialisme of per ziekenhuis protocollen op te stellen met afspraken over bijvoorbeeld beslissingsmomenten, verantwoordelijkheidsverdeling en onderlinge communicatie (Hamers, 1991).

In het kader van het programma 'Gepast Gebruik'[1] vindt afstemming plaats tussen medisch specialisten, patiënten en verzekeraars over kosteneffectiviteit als integraal onderdeel van medisch specialistische richtlijnen. Het programma wordt uitgevoerd door de drie samenwerkende partijen, namelijk het iMTA (instituut voor Medical Technology Assessment), de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut CBO. De kosteneffectiviteit speelt ook een rol bij het project Passende Medische Zorg van de KNMG. Dit project vindt plaats in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Het verschaft inzicht over de wijze waarop afwegingen over kosteneffectiviteit en normatieve aspecten ingepast kunnen worden in het proces van richtlijnontwikkeling.

Multidisciplinaire richtlijnen
Een richtlijn overstijgt in veel gevallen één erkend specialisme, zodat er sprake is van samenwerking tussen specialisten van diverse Wetenschappelijke Verenigingen. De Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO en het NHG hebben afspraken gemaakt om richtlijnen en standaarden zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.
In 1998 zijn de eerste drie Landelijke Transmurale Afspraken vastgesteld die in samenwerking tussen de betreffende Wetenschappelijke Verenigingen en het NHG zijn ontwikkeld. Dit zijn:
- astma bij kinderen;
- subfertiliteit;
- benigne prostaathyperplasie.

Onderzoek naar de implementatie en de effecten van deze richtlijnen is in gang gezet.

Onderzoek naar de ontwikkeling en toepassing van richtlijnen
Naar de toepassing van richtlijnen en protocollen door medisch specialisten en de effecten op het handelen is beperkt onderzoek gedaan. Voor zover cijfermatige gegevens bekend zijn worden deze hierna gepresenteerd. Tevens worden een aantal multidisciplinaire projecten besproken waarin protocollen of richtlijnen ontwikkeld zijn.

---

[1] Projectinformatie in Voortgangsnota MTA en Doelmatigheid van minister Borst aan de Tweede Kamer, d.d. 2 april 1997.

In het AMC is het gebruik van protocollen op de afdeling neurologie geïnventariseerd. Gedurende een half jaar is per nieuw opgenomen patiënt (n=317) nagegaan of er een protocol voor bestond, of het werd gebruikt en zo niet waarom niet. Na invoering van het herseninfarct/TIA-protocol (grootste categorie patiënten) was er voor 46% van de patiënten een protocol en dat werd bij 82% van de patiënten gebruikt. Voor invoering van dit protocol was er voor 20% een protocol dat bij 61% werd gebruikt. Protocollen werden niet gebruikt doordat men het betreffende protocol niet kende, het vergat te gebruiken of het niet toepasbaar was op die individuele patiënt (Weststrate et al, 1994).

In het Medisch Centrum Alkmaar is het klinisch handelen bij 225 patiënten met verdenking op longembolie vergeleken met de gepubliceerde consensus 'Diagnostiek longembolie'. Gebleken is dat de consensusrichtlijn bij 66% van de patiënten met een 'niet-diagnostische scan' niet gevolgd werd. De richtlijn werd wel toegepast bij alle patiënten met een 'normale of een high-probability-scan'. Nieuwe ontwikkelingen in de diagnostiek van longembolieën verklaren grotendeels de afwijking van de consensusrichtlijn. Het aanpassen van de consensus aan nieuwe ontwikkelingen kan toepassing mogelijk verbeteren (Van der Zant et al, 1995).

In 1994 is bij 122 maatschappen gynaecologie nagegaan in hoeverre hun beleid aansluit bij de NHG-Standaard 'Dreigende miskraam'. Behalve veel kritiek op de NHG-Standaard bleek er geen consensus onder gynaecologen over de aanpak van een (dreigende) miskraam. Er was vooral kritiek op het afwachtend beleid (24%) en de terughoudendheid bij het doen van echografie (39%), 15% vond de standaard prima (Fleuren et al, 1995).

Het project Samenwerking 1e-2e lijn van het Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit te Amsterdam is vele jaren aan multidisciplinaire samenwerking gewerkt en zijn multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. Er zijn bijvoorbeeld richtlijnen ontwikkeld voor het handelen van huisarts, longarts en wijkverpleegkundige bij volwassen CARA-patiënten (Van Duin, 1992). In het project 'Samenwerking na verwijzing' stond de samenwerking tussen huisarts en specialist centraal nadat de patiënt onder behandeling van de specialist is gekomen. Enkele kinderartsen en huisartsen hadden de afspraak gemaakt om in een aantal omschreven situaties volgens een protocol te overleggen of informatie uit te wisselen. Het protocol bevatte regels over beslissingen (wie neemt welke beslissing) en over de communicatie. Het protocol omvatte een handelingsschema voor de huisarts en een stroomdiagram voor de specialist. Nadat de projectdeelnemers ruim een half jaar met het protocol hadden gewerkt is een tussentijdse evaluatie gehouden. In deze periode hebben 16 deelnemende huisartsen 68 kinderen verwezen. Een geprotocolleerde aanpak bleek realiseerbaar te zijn, wat niet wil zeggen dat de invoering en toepassing van het protocol geheel probleemloos verliep (Hamers, 1991).

De uitvoerbaarheid en klinische relevantie van richtlijnen ten aanzien van diagnostisch onderzoek is nagegaan onder ouderen met verdenking op het dementiesyndroom. De respondenten waren thuiswonend op het platteland rond Zwolle. Bij 64 van de 373 respondenten werd het dementiesyndroom vastgesteld. De diagnostiek, gericht op het opsporen van eventueel behandelbare (co)morbiditeit bleek goed uitvoerbaar. Wat betreft klinische relevantie bleek de CBO-consensus onnodig uitgebreid door het aanbevelen van routinematig specialistisch onderzoek (Boersma et al, 1997).

In Groningen hebben longartsen en huisartsen hun samenwerking een formele basis gegeven door het opstellen van een 'cara-protocol'. De belangrijkste reden voor het ontwikkelen van een nieuw protocol was het gemeenschappelijk inzicht dat een kwalitatief goede cara-zorg een betere stroomlijning vereist. Dit protocol is in de praktijk getoetst door een begeleidingsgroep vanuit de districtshuisartsenvereniging, het Martiniziekenhuis en het Academisch Ziekenhuis Groningen. Aan het onderzoek hebben 165 patiënten meegedaan. Uit het onderzoek blijkt dat het protocol weliswaar tot veranderingen heeft geleid, maar dat er bij verschillende onderdelen nog een flinke discrepantie blijft bestaan tussen het werkelijk handelen en het protocol. De beslissingen van artsen blijken deels bepaald te worden door de sociale context van de patiënt, tijdgebrek, specifieke patiëntenverlangens, organisatorische beperkingen en beelden van collega's. Het streven zou volgens de onderzoekers niet moeten zijn dat het protocol voor 100% nageleefd wordt, maar voor 80% (Van der Schors et al, 1998).

Gezamenlijke richtlijnen zijn in Groningen ook geformuleerd door huisartsen, specialisten en vertegenwoordigers van Patiëntenorganisaties voor de 'second opinion'. Er is door een werkgroep allereerst een omschrijving gemaakt van het begrip 'second opinion' en dit is afgeperkt van aanverwante begrippen als (door)verwijzing of consultatie. In de richtlijnen is het recht vastgesteld van patiënten om voor dezelfde klacht of aandoening eenmaal een second opinion te krijgen. Vervolgens is de reikwijdte van de richtlijnen vastgesteld. De geformuleerde richtlijnen worden na een jaar geëvalueerd (Conradi, 1997).

In de ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen is in 1993 een analyse uitgevoerd naar de samenhang tussen doelen van een richtlijn, de gehanteerde methode en de effecten. Uit deze analyse volgt dat richtlijnen voor medisch handelen weliswaar een goede bekendheid hebben en als goed bekend staan, maar dat artsen ze in beperkte mate gebruiken. Een reden hiervoor is een gebrekkige afstemming op eisen, (on)mogelijkheden, voorkeuren en wensen van de doelgroep. Dit zou te ondervangen zijn door de uiteindelijke gebruikers een nadrukkelijkere rol te laten spelen bij richtlijnontwikkeling (Kaasenbrood et al, 1994).

Uit de diverse onderzoeken naar gebruik van richtlijnen en protocollen kan geconcludeerd worden dat de implementatiegraad van richtlijnen uiteenloopt. Dit is onder andere verklaarbaar door de veelheid en complexiteit van factoren die de implementatie van een richtlijn in positieve en negatieve zin beïnvloeden, zoals de diversiteit in lokale omstandigheden en de mate van prioritering en betrokkenheid van diverse partijen bij het proces van implementeren. Deze factoren verklaren niet alleen waarom de implementatie van richtlijnen zelden optimaal verloopt, deze complexiteit maakt ook dat het moeilijk is te specificeren waaraan een goed implementatieproces idealiter zou moeten voldoen (Lombarts et al, 1996)

NIAZ/PACE
De Stichting PACE (Proefproject Accreditatie van ziekenhuizen) is in 1989 gestart met een project om een normenstelsel voor de dienstverlening in het ziekenhuis te ontwerpen met als doel te komen tot een vorm van accreditatie, een kwaliteitstoetsingssysteem voor de ziekenhuisorganisaties. In 1995 hebben acht ziekenhuizen, verenigd in de Stichting PACE, voor 21 diensten en afdelingen kwaliteitsborgingsnormen ontwikkeld. In 1997 zijn er 34 normen[1] afgerond. De PACE-normen zijn organisatorische normen voor de ziekenhuis-organisatie en betreffen geen medisch-technische zaken. Medisch inhoudelijke normering behoort tot de verantwoordelijkheid van de medisch specialisten en de Wetenschappelijke Verenigingen.
Als vervolg op PACE is in 1998 het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) opgericht. De Orde van Medisch Specialisten is mede oprichter, samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) en de Stichting PACE. Binnen het NIAZ wordt een accreditatiesysteem voor ziekenhuizen ontwikkeld. Het NIAZ hanteert een referentiekader dat bestaat uit de eerder genoemde 34 afdelings- of dienstgebonden PACE-normen en een 'koepel'-norm kwaliteitssysteem dat het gehele ziekenhuis omvat.

3.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering
In de loop der jaren zijn veel kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten ontwikkeld door de diverse wetenschappelijke verenigingen samen met de Orde of de

---

[1] Bureau Opname, Centraal Medisch Archief, Diëtetiek, Ergotherapie, Fysiotherapie, Instrumentele Dienst, Intensive Care, Klinische Afdeling: Behandel- en Verpleegafdeling, Laboratoria, (Medisch) Maatschappelijk werk, Medische Staf, Neonatologie, Nucleaire Geneeskunde, Poliklinieken, Raad van Bestuur, Radiodiagnostiek, Spoedeisende Hulp, Technische Dienst, Verpleegkundige Dienst: Verpleging en Stafbureau, Voedingsdienst, Ziekenhuisapotheek, Operatiekamers, Medische Specialisten Opleiding, Logistiek/Hotelfunctie, Centrale Sterilisatie, Personeel en Organisatie, Patiëntenvoorlichting/Infocentrum, Automatisering, Ziekenhuishygiëne, Veiligheid en Milieu, Functieafdelingen, Dagbehandeling, Medische Informatica, Uitgifte bloed (producten), Geestelijke Verzorging.

toenmalige LSV. Naast bij- en nascholing en herregistratie kunnen worden genoemd: de intercollegiale toetsing door medisch specialisten, die in 1976 is ingevoerd, de visitatie van opleidingspraktijken en sinds 1988 ook de visitaties van niet-opleidingspraktijken. Hierna volgt een toelichting.

(Intercollegiale) Toetsing
Medisch specialisten kennen diverse vormen van toetsing die in de loop der jaren verder zijn ontwikkeld. De belangrijkste vormen van toetsing voor medisch specialisten zijn de intercollegiale toetsing en de visitaties. Daarnaast heeft elk ziekenhuis een eigen toetsingscommissie waarin medisch specialisten participeren. In toenemende mate worden de activiteiten van deze commissies en de resultaten van de toetsingsstudies gepubliceerd in het (kwaliteits)jaarverslag van het ziekenhuis.
De discussie over nut en noodzaak van intercollegiale toetsing kwam onder medisch specialisten in de tweede helft van de zeventiger jaren op gang. Dit was naar aanleiding van het rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' uit 1976 van de LSV samen met de Geneeskundige Vereniging. Dit rapport leidde tot de oprichting van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) in 1979. De primaire taak van het CBO was en is het begeleiden van medische staven in ziekenhuizen bij het implementeren van intercollegiale toetsing.
De belangrijkste kenmerken van intercollegiale toetsing onder medisch specialisten zijn: probleem-georiënteerde aanpak, cyclisch proces met een continu karakter, binnen het organisatorische verband van de medische staf in een ziekenhuis en vrijwillige participatie. Vrijwillige participatie wil niet zeggen dat er sprake is van vrijblijvendheid. Deelname vloeit voort uit de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist en is gegroeid tot een morele verplichting binnen de professie. Intercollegiale toetsing wordt steeds meer geplaatst in samenhang met andere ontwikkelingen zoals de visitatie (Van der Werf et al, 1999).

In navolging van de Verenigde Staten heeft beoordeling van individuele artsen op basis van gegevens uit klinische dossiers ('report-card medicine' of 'score-card medicine') in Nederland ingang gevonden. In de Verenigde Staten werden in dit kader, volgens de beroepsgroep omstreden, publicaties in de pers gebracht over sterftecijfers van met naam genoemde hartchirurgen. De kritiek betrof onder meer de kwaliteit van de gegevens en de keuze van de determinanten. Er werd geen risicostratificatie toegestaan in het onderzoek. In Nederland is in het AMC een retrospectief cohortonderzoek onder 783 patiënten die een hartklepvervanging hebben ondergaan uitgevoerd waarin het risicoprofiel wel als determinant is opgenomen. Hiervoor werden klinische informatie, operatiegegevens en follow-up gegevens verzameld uit klinische dossiers om verschillende hartchirurgen met elkaar te vergelijken. De patiëntgegevens uit de klinische dossiers werden op geprotocolleerde wijze opnieuw beoordeeld en opgenomen in een computerbestand. De geconstateerde verschillen in 1-jaarssterfte tussen de verschillende hartchirurgen konden worden teruggevoerd naar verschillen in het risicoprofiel van patiënten.

Zorgvuldige analyse met risicocorrectie blijkt noodzakelijk voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg, anders kan de conclusie misleidend zijn (Dekker et al, 1998).

Visitatie

Van oudsher vindt visitatie van opleiders en opleidingsafdelingen plaats door de Wetenschappelijke Verenigingen. Aan deze visitatie is een duidelijke sanctie verbonden, namelijk het al dan niet verkrijgen of behouden van de opleidingsbevoegdheid.

In het beleidsplan van de LSV uit 1988 'De specialist van morgen' is de wenselijkheid van het opzetten van een visitatiesysteem voor niet-opleidingspraktijken uiteengezet, vanuit de overweging dat beoordeling van de medisch inhoudelijke aspecten bij uitstek de taak van de betreffende Wetenschappelijke Vereniging is. Inmiddels houden alle wetenschappelijke verenigingen zich bezig met het visiteren van niet-opleidingspraktijken. Het doel van de visitatie van niet-opleidingspraktijken is een oordeel te krijgen over het functioneren van afdelingen of functionele eenheden binnen het ziekenhuis en zo nodig mogelijkheden voor verbeteringen te signaleren. Deze visitatie is een vorm van peer review en heeft vooralsnog een sterk adviserend karakter. Nagegaan wordt of diverse kwaliteitssystemen aanwezig zijn en functioneren. Over de visitatie wordt een visitatierapport opgesteld. Visitatierapporten worden alleen naar de gevisiteerde medisch specialisten gezonden en zijn niet openbaar. De gevisiteerde specialisten bepalen zelf met wie zij het rapport bespreken (medische staf, ziekenhuisdirectie).

In 1995 hebben vier Wetenschappelijke Verenigingen[1] de visitatie van niet-opleidingspraktijken voor hun leden verplicht gesteld. Eens per vijf jaar worden de niet-opleidingspraktijken gevisiteerd. De Orde van Medisch Specialisten (toenmalige LSV) vervult een stimulerende en coördinerende rol ten aanzien van het ontwikkelen van modellen en reglementen.

Binnen een aantal Wetenschappelijke Verenigingen is gewerkt aan het afstemmen van de visitaties van opleidingspraktijken en niet-opleidingspraktijken. De opzet is dat de gehele visitatie uit drie onderdelen bestaat: een algemeen deel, een deel toegespitst op het betreffende specialisme en een deel toegespitst op de opleiding. De eerste proefvisitaties op deze basis zijn inmiddels uitgevoerd.

Sinds 1998 is bij drie Wetenschappelijke Verenigingen (chirurgie, gynaecologie en kindergeneeskunde) het project 'Kwaliteitsconsultatie' van start gegaan. Dit houdt in dat de gevisiteerden gedurende twee jaar professionele ondersteuning ontvangen bij de invoering van de adviezen. De doelstelling van dit project is vergroting van de effectiviteit van de visitaties. Het project is opgezet omdat gebleken is dat

---

[1] De Nederlandsche Internisten Vereeniging, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging.

implementatie van de aanbevelingen niet altijd vanzelfsprekend en haalbaar was. Beoogd wordt te komen tot een aantal modules ter ondersteuning van de medisch specialistische praktijkvoering die te zijner tijd voor alle Wetenschappelijke Verenigingen beschikbaar komen. De kwaliteitsconsultatie begint waar de visitatie ophoudt. Professionele begeleiders worden ingezet om samen met de gevisiteerde specialisten de kloof tussen het accepteren van de aanbeveling en het opvolgen ervan te verkleinen. De kwaliteitsconsultatie kan een brug slaan tussen signalering en verbetering van de kwaliteit van de praktijkvoering. Het project wordt na twee jaar geëvalueerd door een kwalitatieve en een kwantitatieve analyse. Voor deze metingen zijn inmiddels vragenlijsten ontwikkeld (Lombarts et al, 1999).

NIAZ/PACE
Een andere vorm van 'visitatie' - die vooral gericht is op de organisatorische aspecten in het ziekenhuis - geschiedt op basis van de NIAZ/PACE-normen. Sinds 1996 zijn op basis van de PACE-normen proefaccreditaties in (afdelingen van) ziekenhuizen uitgevoerd. Deze accreditaties zijn complementair aan de visitaties georganiseerd door de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen. Bij een accreditatie aan de hand van de NIAZ/PACE normen wordt veel aandacht besteed aan de verbetercyclus in de kwaliteitsbewaking. Een eerste accreditatie van de totale ziekenhuisorganisatie heeft eind 1999 plaats gevonden bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht.
De Orde heeft (samen met de Stichting PACE) een onderzoek uitgevoerd naar de afstemming tussen visitatie door de Wetenschappelijke Vereniging en accreditatie in het kader van NIAZ/PACE.

Bij- en nascholing
Medisch specialisten besteden van oudsher veel tijd aan diverse bij- en nascholingsactiviteiten, zoals voordrachten, klinische demonstraties, cursorische bijeenkomsten, stages, congressen, workshops en refereerbijeenkomsten. Deze activiteiten gaan onder meer uit van medische faculteiten, Wetenschappelijke Verenigingen, medische staven, individuele specialisten in een ziekenhuis of een combinatie hiervan. Bekend zijn de 'Boerhaave cursussen', de 'Bronkhorst Colloquia' en de 'Van Hoytema cursussen', waaraan veel specialisten deelnemen.

Door diverse medisch specialismen is al vele malen een discussie over het al dan niet verplicht stellen van bij- en nascholing gevoerd. Een aantal Wetenschappelijke Verenigingen denkt inmiddels over verplichtstelling van bij- en nascholing, aangezien de kwalitatieve herregistratie vrijwel zeker mede gestoeld zal zijn op bij- en nascholing. Zo heeft bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie gekozen voor een verplichtstelling, hoewel de logistiek en de financiering nog niet rond zijn. De meeste Wetenschappelijke Verenigingen stellen overzichten van bij- en nascholingsactiviteiten in binnen- en buitenland op en kennen daaraan punten en certificaten toe. Door de KNO-vereniging worden de bij- en

nascholingsactiviteiten van de KNO-artsen al sinds 1990 met een punten classificatiesysteem geregistreerd. Deelname van de leden aan tal van nascholingsactiviteiten blijkt ondanks het ontbreken van sancties, duidelijk te zijn toegenomen (Leibbrandt, 1998).

(Her)registratie
Na voltooiing van de opleiding wordt de specialist door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingeschreven in het register van erkende medisch specialisten. Net als bij de huisarts geldt dat een medisch specialist in dit register ingeschreven dient te zijn om medisch specialistische zorg te mogen verlenen. De medisch specialist wordt na een periode van 5 jaar uit het register geschreven indien niet aan de kwantitatieve criteria voor herregistratie wordt voldaan. De MSRC heeft in overleg met de Wetenschappelijke Verenigingen in 1991 criteria voor herregistratie opgesteld. Dit zijn minimumcriteria met betrekking tot de plaats van de beroepsuitoefening (intramuraal, extramuraal, beide of onbepaald) en met betrekking tot het minimum aantal uren per week dat direct patiëntgebonden zorgverlening dient te worden uitgeoefend. Deze criteria zijn vastgelegd in de 'Richtlijnen voor verlenging van de registratie als medisch specialist respectievelijk uitschrijving uit het register van erkende medisch specialisten'. Om te kunnen beoordelen of de registratie van een specialist kan worden verlengd dienen medisch specialisten iedere vijf jaar een enquêteformulier in te vullen.

Het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en de MSRC zijn al enige tijd bezig ook kwalitatieve criteria op te stellen voor herregistratie. Het is de bedoeling de 'kwalitatieve herregistratie' te stoelen op visitatie en op bij- en nascholing (KNMG, 1999). De vereisten voor de kwalitatieve herregistratie zijn voor het eerst globaal geformuleerd in 1995. Een medisch specialist moet door de Wetenschappelijke Vereniging van het betreffende specialisme geaccrediteerde bij- en nascholingsactiviteiten gevolgd hebben en moet deelgenomen hebben aan het visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging. Met deze kwalitatieve herregistratie wordt niet alleen de professionele kwaliteit van het individu bewaakt, maar ook diens interdisciplinair en intradisciplinair functioneren. Hier komen niet alleen aspecten als bij- en nascholing aan de orde, maar ook het functioneren van een individuele specialist binnen zijn eigen specialisme en binnen de gehele ziekenhuis-organisatie als ook daarbuiten (De Lange et al, 1995).

Spiegelinformatie
Sinds vele jaren worden klinische gegevens van medisch specialisten verzameld. In verwerkte vorm worden deze aan de specialisten terug geleverd. Het primaire doel is de spiegelfunctie, zodat de specialist zelf kan zien hoe hij/zij functioneert ten opzichte van het landelijk gemiddelde. In 1963 is hiervoor de Stichting Medische Registratie (SMR) opgericht, die in 1976 is uitgebouwd tot de Stichting

Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG)[1]. In hoeverre deze spiegelinformatie door medisch specialisten wordt gebruikt voor het analyseren van de eigen werkwijze is niet bekend. Op geaggregeerd niveau worden de gegevens ook gebruikt voor planning en onderzoek en voor afspraken met ziekenhuizen en verzekeraars (Theuvenet, 1995).

Betrokkenheid van patiënten
In 1986 is de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP) opgericht op initiatief van de LSV en de VVAA. Het doel is de patiëntenvoorlichting te verbeteren, zowel de voorlichting aan de individuele patiënt als de schriftelijke voorlichting. Daartoe wordt bijvoorbeeld de totstandkoming van afdelingen patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen gestimuleerd en wordt de productie en distributie bevorderd van audiovisuele programma's en ander voorlichtingsmateriaal. Patiëntenfolders in ziekenhuizen worden veelal door de betreffende Wetenschappelijke Verenigingen in samenwerking met de SVP opgesteld. Wetenschappelijke Verenigingen stellen ook folders op in samenwerking met specifieke belangenorganisaties zoals de Nederlandse Hartstichting, het Reumafonds, het Koningin Wilhelmina Fonds. Medio 1998 is mede op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten de Nationale Gezondheidslijn (NGL) ontwikkeld met als hoofddoelstelling het schriftelijk en mondeling verstrekken van informatie over ziektes, medische onderzoeken en behandelmethoden.

Voorlichting en informatie wordt door patiënten zeer belangrijk gevonden en is medebepalend voor de tevredenheid over de zorg. Volgens Harteloh baseren patiënten hun mening over de vakbekwaamheid van de arts vaak op de informatieverstrekking (Harteloh et al, 1995). Een onderzoek in 1995 onder 461 patiënten laat zien dat 84% van hen naar eigen zeggen bij het laatste bezoek voldoende informatie van de specialist had gekregen en 15% onvoldoende (Verhaak et al, 1995). Een belangrijk aspect is goede informatie over de risico's van de behandeling, zo vond 90% van de patiënten. En driekwart van de ondervraagden vond daarnaast informatie over het resultaat van de behandeling van groot belang. Informatie over het resultaat werd vaker gegeven dan over risico's (Verhaak et al, 1995).

Om de informatie-uitwisseling en de participatie van patiënten tijdens het poliklinisch consult te bevorderen is in 1995 een experiment uitgevoerd door de stichting Ziekenhuizen Noord-Limburg. Patiënten met astma- en COPD ontvingen voor het

---

[1] Voorbeelden van landelijke registraties zijn: de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR), Landelijke Neonatologie Registratie (LNR), Landelijke Registratie Orthopaedische Implantaten (LROI), Landelijke Abortus Registratie, Landelijke In Vitro Fertilisatie Registratie, Polikliniek Informatie Systeem (POLIS), Revalidatie Informatie Systeem, Dutch Registry of Implants of Plastic Surgery (DRIPS) en Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA).

consult een speciaal ontwikkelde vragenlijst met 81 ziekte-gerelateerde vragen. De resultaten toonden aan dat patiënten die de vragen-checklist hadden gebruikt, minder angst ervaarden voorafgaand aan het consult, tijdens het consult meer informatie uitwisselden met hun specialist en na afloop van het consult meer kennis over hun ziekte hadden. De tevredenheid van deze groep patiënten was echter niet groter dan die in een controlegroep (Kruijff et al, 1997).

Er zijn slechts geringe accentverschillen in het belang dat patiënten en reumatologen toekennen aan verschillende aspecten van de zorgverlening, zo bleek uit een onderzoek onder 90 patiënten met reumatoïde artritis en 72 reumatologen. Beiden vinden de doeltreffendheid van de behandeling en de kennis van de arts de meest relevante aspecten voor de kwaliteit van zorg. Dat geldt ook voor informatie uitwisseling en de arts-patiënt relatie. Verschil is er wat betreft de continuïteit van de zorg waaraan patiënten significant meer waarde toekenden dan de reumatologen (Van der Waal et al, 1997).

In een gezamenlijk project van reumatologen, huisartsen en de (lokale) patiëntenvereniging wordt getracht kwaliteitsverbeteringen vanuit patiëntenperspectief te realiseren. De aspecten die verbeterd kunnen worden zijn opgespoord met de QUOTE-vragenlijsten[1] waarin patiënten aangeven wat voor hen belangrijk is in de reumazorg en in welke mate de zorg daar ook daadwerkelijk aan tegemoet komt (Sixma et al, 1998). In gezamenlijk overleg tussen de partijen wordt getracht discrepanties tussen wenselijkheid en werkelijkheid te verkleinen. De resultaten van deze interventie komen medio 2000 beschikbaar.

Raadpleging van patiënten bij het opstellen van protocollen over voorlichting en behandeling door medisch specialisten vindt plaats in een project van specialistenverenigingen en patiëntenorganisaties. Dit 'Project 2-gesprek' is een samenwerkingsproject van het Medisch Centrum Utrecht (voorheen AZU), de Specialistenvereniging van dit ziekenhuis (SVAZU), de NP/CF en de Nederlandse Hartstichting (voor de uitwerking van thema's op het gebied van hart- en vaatziekten). Voor 24 thema's legt de bijbehorende patiëntenvereniging haar wensen voor aan de betreffende medisch specialisten. Deze bekijken welke criteria opgenomen kunnen worden in het protocol, dat communicatierichtlijnen bevat en aangeeft welke gespreksonderwerpen op welk moment aan de orde moeten komen. Voor patiënten wordt een aandachtspuntenlijst ontwikkeld, waarin de gespreksonderwerpen staan die de arts volgens het protocol zal bespreken. Met de lijst kan de patiënt zich voorbereiden op het gesprek. Er wordt

---

[1] De QUOTE-vragenlijsten (kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief) zijn ziektespecifieke vragenlijsten waarin patiënten aangeven welke aspecten van de zorg voor hen van belang zijn en in welke mate de zorg daaraan voldoet. Via een weging van het toegekende belang en de feitelijk gerealiseerde situatie wordt een score berekend die een indicator is voor de kwaliteit van zorg. De QUOTE-vragenlijsten zijn inmiddels voor een aantal chronische ziekten beschikbaar..

gewerkt aan de implementatie en verspreiding van deze communicatiehulpmiddelen, wat de nodige inspanningen vereist (Vossen, 1997).

Samenwerking, transmurale zorg en ketenzorg
Samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen en het integreren van medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg zijn de belangrijkste punten uit het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' uit 1994 van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel). Het doel is samenhangende zorg te bieden in de verschillende fasen van ziekte en herstel, zonder dat er voor de patiënten periodes zijn van te veel of te weinig zorg. Deze geïntegreerde zorg kan de vorm hebben van huisartsenzorg in het ziekenhuis, zorg thuis maar met behulp van ziekenhuisfaciliteiten of gezamenlijke consulten van huisarts en specialist. Inmiddels lopen er vele honderden projecten voor transmurale zorg en ketenzorg, waarvan het NIVEL overzichtsstudies heeft gepubliceerd (Persoon et al, 1996; Doeglas et al 1999).
Een aantal onderzoeksresultaten wordt beschreven.

In Deventer zijn van 1989 tot 1991 vijf projecten voor ketenzorg uitgevoerd met deelname van huisartsen, specialisten, ziekenhuis en zorgverzekeraar, onder de titel 'Zorg op één lijn'. Uit de evaluatie van het hele project bleek dat op ruime schaal samenwerking heeft plaatsgevonden: tweederde van de huisartsen en circa 40% van de specialisten is bij één of meer van de uitgevoerde projecten betrokken geweest. Per project werd door huisartsen en specialisten een model voor functionele samenwerking opgesteld dat alle afspraken tussen de betrokken hulpverleners bevatte inclusief een behandelprotocol (Vissers, 1992).
Terreinen waarop functionele samenwerking heeft plaatsgevonden zijn: diabetes mellitus type II, verwijzen, chronisch recidiverende knieklachten en CARA.
In het diabetes mellitus type II-project is het gelukt de gewenste vorm van functionele samenwerking te creëren en het model voor chronisch recidiverende knieklachten bleek ook werkbaar. Er hebben zich bij de invoering geen problemen voorgedaan en de deelnemers waren tevreden over de nieuwe werkwijze. Wel kwamen afwijkingen van het model geregeld voor.
Het CARA-project is ten dele gelukt. De invoering van het model verliep met problemen. Huisartsen hadden moeite met het overeengekomen 'laagdrempelige verwijzen', waardoor enkele deelnemers afhaakten of afweken van het protocol. Na afloop is in goed overleg een modus gevonden voor de voortzetting van de functionele samenwerking.
De functionele samenwerking rond verwijzen is in beperkte mate gelukt. De invoering van het model leverde geen problemen op maar de doelstelling en de criteria voor toetsing bleken onvoldoende concreet waardoor er voor de deelnemers geen tastbare resultaten ontstonden. Wat betreft de effecten op kwaliteit zijn bij de drie aandoeningen-georiënteerde projecten duidelijke verbeteringen in kwaliteit gerealiseerd in tegenstelling tot het project rond verwijzen, waar geen verbetering in kwaliteit is geconstateerd (Vissers, 1992).

Een onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en kinderarts bij kinderen die lange tijd onder kindergeneeskundige controle zijn heeft plaatsgevonden in Rotterdam. Via een consultregistratie door zowel huisarts als kinderarts werden gegevens geregistreerd omtrent onder andere de aard van de problematiek en de verrichtingen van huisarts en kinderarts. Uit deze inventarisatie bleek dat de zorgverlening aan deze kinderen zelden werd gecoördineerd en dat huisarts en kinderarts zich vaak niet bewust waren van elkaars betrokkenheid. De onderlinge taakafbakening werd als onduidelijk ervaren. Experimenten waarin de huisarts overzichten van de kinderartsen kreeg omtrent de polikliniekbezoeken van de kinderen stimuleerden de huisartsen niet tot meer overleg. Een effect op de zorgverlening voor de totale groep patiënten kon niet worden vastgesteld (Van Suijlekom-Smit et al, 1995).

Tussen 1990 en 1995 werden 166 gezamenlijke consultaties tussen huisarts en gynaecoloog in een gezondheidscentrum in Noordwijk aan Zee verricht en geanalyseerd. Het doel van het gezamenlijk consult was het bereiken van een afname van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Uit de resultaten bleek dat de diagnoses die de huisartsen stellen vóór de consultatie grotendeels overeen kwamen met de diagnose van de gynaecoloog tijdens het gezamenlijk consult. Volgens den Boer blijkt het gezamenlijk consult in bepaalde gevallen een goed alternatief te zijn voor het verwijzen naar de tweede lijn (Den Boer et al, 1996).

Voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist is het van belang dat de communicatie tussen beide optimaal verloopt. In dat licht is relatief veel onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de verwijsbrief en de terugrapportage. Onder andere is bekeken of de verwijsbrief van de huisarts aansluit bij de informatiebehoefte van de specialist en aan welke criteria een goede verwijsbrief zou moeten voldoen. In een schriftelijke enquête onder 133 specialisten en assistent-geneeskundigen (respons 67%) is gevraagd welke inhoudelijke aspecten in de verwijsbrief van belang zijn. Het belangrijkst wordt gevonden: het vermelden van de hoofdklacht, het aanvullend onderzoek, de ingestelde therapie en de vraagstelling van de huisarts. De samenwerking tussen huisarts en specialist, zoals de wijze waarop de huisarts bij de behandeling betrokken wil blijven, wordt belangrijker gevonden door specialisten met meer werkervaring (Rooyackers-Lemmens et al, 1998).

Een ander belangrijk punt in de samenwerking tussen huisarts en specialist is afstemming van het geneesmiddelenbeleid. In de praktijk blijken voorschriften voor geneesmiddelen van huisartsen en medisch specialisten onvoldoende op elkaar afgestemd te zijn. Op landelijk niveau wordt hierover overleg gevoerd tussen LHV, KNMG en Orde van Medisch Specialisten in het Geneesmiddelenoverleg.
Op lokaal niveau wordt de komende jaren aan inhoudelijke afstemming gewerkt via het zogenoemde farmacotherapeutisch transmurale overleg (FTTO). In het FTTO overleg participeren zowel huisartsen en apothekers als medisch specialisten en de

ziekenhuisapotheek, met als doel tot een transmuraal formularium te komen en een structuur op te zetten waarin dit formularium kan worden toegepast en geëvalueerd. Er zijn in 1999 diverse FTTO-projecten, 'proeftuinen', op experimentele basis opgezet met een looptijd van één jaar en gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De bedoeling van deze proeftuinen is uit een variëteit van experimenten af te leiden welke structuren in de praktijk mogelijk zijn en welke effecten men mag verwachten van bepaalde structuurveranderingen. Aan de proeftuinen zijn vanuit het ministerie drie voorwaarden verbonden, te weten: samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, het bevorderen van doelmatig voorschrijfgedrag en de verzekeraar als regisseur (NIVEL/SEO, 1999).
Lokaal of regionaal wordt ook op andere manieren getracht tot transmurale samenwerking en afstemming te komen. In de regio Gelderse Vallei is bijvoorbeeld het Medisch Coördinerend Centrum (MCC) in het leven geroepen, met als doel de samenwerking en afstemming tussen huisartsen en specialisten te bevorderen om een 'continuüm van generalistische, transmurale en specialistische geneeskunde' te realiseren. Centraal staat de ondersteuning van de huisarts in het diagnostisch handelen. Een medisch coördinator is aangesteld als centraal aanspreekpunt voor huisartsen en specialisten. Hij draagt zorg voor het faciliteren, initiëren en coördineren van de samenwerking. Volgens Nutma hangt het welslagen van het MCC grotendeels af van de wijze waarop de medisch coördinator in staat is bruggen te bouwen tussen huisartsen en specialisten (Nutma et al, 1998).

3.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
Elke wetenschappelijke vereniging heeft een Commissie Kwaliteit ter stimulering, bevordering en coördinatie van alle kwaliteitsactiviteiten binnen een wetenschappelijke vereniging. De Commissie Kwaliteit van een Wetenschappelijke Vereniging besteedt onder meer aandacht aan:
- het formuleren van voor het specialisme geldende kwaliteitsnormen;
- het opstellen van richtlijnen en standaarden;
- het evalueren en actualiseren van normen en richtlijnen;
- het systeem van periodieke visitatie van niet-opleidingspraktijken;
- voorwaarden voor of realiseren van bij- en nascholing.

Ten behoeve van onderdelen van het kwaliteitsbeleid zijn doorgaans subcommissies ingesteld. Onderlinge afstemming tussen de Wetenschappelijke Verenigingen vindt plaats in het Platform Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten.

Ten behoeve van kwaliteitsbewaking functioneren op lokaal niveau in elke ziekenhuis ziekenhuiscommissies, waarin de medisch specialist al of niet samen met derden

participeert. Deze commissies houden zich elk met één bepaald onderwerp bezig. Voorbeelden zijn: FONA-commissies, Klachtencommissies, Medisch Ethische Commissies, Infectiecommissies, Decubitus-commissies, Reanimatiecommissies en Automatiseringscommissie. Daarnaast vormt de maatschap/het samenwerkingsverband/de afdeling per specialisme en de medische staf in elk ziekenhuis een structuur om kwaliteitsbevordering te initiëren of te coördineren.

In 2000 starten de medisch specialisten met het opbouwen van een regionale ondersteunings- en infrastructuur voor medisch specialisten, vergelijkbaar met de regionale ondersteuningsstructuur die voor huisartsen bestaat. De gedachte is dat een dergelijke infrastructuur van belang is voor bijvoorbeeld de implementatie van richtlijnen en een bijdrage kan leveren aan het organiseren van een goed afgestemd zorgaanbod in de regio. In de meerjaren afspraken zijn middelen voor deze ondersteuningsstructuur gereserveerd.

Positie medisch specialist in ziekenhuis
Kenmerkend voor de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis is enerzijds de professionele autonomie en anderzijds dat medisch specialisten in tegenstelling tot de andere beroepsgroepen binnen het ziekenhuis grotendeels werkzaam zijn in een vrij beroep. Dit betekent dat medisch specialisten in principe een eigen kwaliteitsbeleid kunnen ontwikkelen en eigen richtlijnen en protocollen kunnen invoeren om de vakinhoudelijke kwaliteit te bewaken. De kwaliteitsbewaking van de organisatorische aspecten vraagt afstemming tussen ziekenhuismanagement en alle betrokken partijen. Volgens Van Oorschot wordt het professionele handelen van medisch specialisten in belangrijke mate bepaald door normen en waarden die gelden binnen de professie en minder door organisatorische kaderstellingen en voorschriften vanuit ziekenhuizen (Van Oorschot, 1995). Met de totstandkoming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zal waarschijnlijk ook de kwaliteitsbewaking meer en meer geïntegreerd vorm worden gegeven. Los daarvan is te zien dat in toenemende mate geïntegreerde kwaliteitssystemen voor het gehele ziekenhuis ontwikkeld worden, waarin medisch specialisten vanzelfsprekend een belangrijke rol vervullen. Datzelfde geldt voor ontwikkelingen op het gebied van transmurale zorg en zorgketens, waarbij de kwaliteitsbewaking vorm gegeven moet worden in onderlinge afstemming tussen alle betrokken partijen.

Tijd en geld
Voor de komende jaren zijn extra middelen voor het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten geoormerkt. Een belangrijk speerpunt is het opbouwen van een regionale infrastructuur en ondersteuningsstructuur, analoog aan de structuur in de huisartsgeneeskunde. Het doel van een regionale ondersteuningsstructuur is de regionale afstemming en samenwerking en de regionale implementatie van het kwaliteitsbeleid te faciliteren.

Overige speerpunten waarvoor in de meerjarenafspraken middelen gereserveerd zijn, zijn[#]:
- het ontwikkelen en invoeren van modellen voor complicatieregistratie;
- het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen;
- visitaties;
- het ontwikkelen van elektronische visitatieformulieren.

Met de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de diverse specialismen is vanzelfsprekend veel tijd en menskracht gemoeid. Het CBO levert daar sinds het begin een bijdrage aan en incidenteel worden overheidssubsidies voor richtlijnontwikkeling ter beschikking gesteld (bijvoorbeeld via het programma Kwaliteit en Doelmatigheid van het CVZ).
Het uitvoeren van de visitatieprogramma's van opleidings- en niet-opleidingsklinieken vraagt een aanzienlijke investering in tijd, menskracht en budget. Vandaar dat momenteel ook wordt getracht de verschillende visitatieprogramma's van medisch specialisten te integreren om op die wijze de tijdsinvestering voor alle betrokken partijen (gevisiteerden en visitatieteams) binnen de perken te houden.

3.6 Conclusies

Geconstateerd kan worden dat de medisch specialisten over een goed ontwikkeld kwaliteitsbeleid beschikken, waarin kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering een belangrijke plaats innemen. Naast na- en bijscholing ligt een duidelijk accent op visitatie. Dat aan visitaties van opleidingspraktijken in Nederland sancties verbonden zijn, is uniek.
Er is een lange traditie van intercollegiale toetsing, voornamelijk in de vorm van de activiteiten van de toetsingscommissies in de ziekenhuizen. Ook samenwerking met andere disciplines heeft de afgelopen 10 jaar veel aandacht, met name samenwerking tussen huisarts en specialist en samenwerking in transmurale projecten.
Het aantal medisch specialistische richtlijnen en protocollen is niet bekend en evenmin zijn gegevens gevonden omtrent periodieke actualisering van richtlijnen en protocollen en de daarbij gehanteerde systematiek. In de richtlijnontwikkeling is recent het accent verschoven van consensus-based richtlijnen naar evidence based richtlijnen.
Op diverse locaties en in verschillende projecten worden patiënten bij het kwaliteitsbeleid betrokken. Ook worden categorale patiëntenverenigingen betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen voor specifieke aandoeningen maar dit is nog niet structureel verankerd in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten.

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de Orde van Medisch Specialisten

De chronologische volgorde in de kwaliteitsactiviteiten laat zich niet eenvoudig traceren. Al voor 1990 werd gewerkt aan zaken als richtlijnen, toetsing en visitatie. De laatste jaren zijn er globaal drie trends in de ontwikkelingen bij de medisch specialisten waar te nemen.
Ten eerste gaat veel aandacht uit naar implementatie om te bewerkstelligen dat alle ontwikkelde instrumenten zo breed mogelijk worden gebruikt, denk bijvoorbeeld aan de visitaties van niet-opleidingsklinieken. Om de implementatie op alle fronten te faciliteren wordt vanaf 2000 een regionale ondersteuningsstructuur ontwikkeld zodat een structurele infrastructuur voor medisch specialisten ontstaat.
Een tweede trend betreft de interne samenhang in alle kwaliteitsactiviteiten en de borging daarvan via herregistratie. De contouren van een samenhangend kwaliteitssysteem worden steeds meer zichtbaar. Er is en wordt gewerkt aan het creëren van structuren voor het ontwikkelen van richtlijnen, voor het accrediteren van bij- en nascholing en voor het uitvoeren van visitaties. Als borging is gestart met kwantitatieve eisen en met voorstellen voor het opnemen van kwalitatieve eisen bij herregistratie. Samenhang wordt ook nagestreefd bij afstemming van visitatie van opleidings- en niet-opleidingpraktijken.
Als derde trend - die niet tot medisch specialisten is beperkt - kan de ketenzorg worden genoemd. Met name binnen het ziekenhuis wordt daartoe gewerkt aan bijvoorbeeld kanteling van de organisatie en het stroomlijnen en herontwerpen (c.q. redesign) van zorgprocessen vanuit het perspectief van de patiënt. De ontwikkeling van transmurale richtlijnen is daar een ander voorbeeld van.

Onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van de kwaliteitsactiviteiten zijn niet op grote schaal voorhanden. Het meeste onderzoek betreft de implementatie van richtlijnen en protocollen en samenwerking tussen medisch specialist en huisarts. Onderzoek naar de effecten van richtlijnen op de kwaliteit van proces en outcome is zeer schaars. Datzelfde geldt voor onderzoek naar de effecten van toetsing en visitatie. Volgens enkele kwaliteitsdeskundigen hebben dergelijke kwaliteitsactiviteiten veel impact op het functioneren van de beroepsgroep maar is dat niet altijd via wetenschappelijke onderzoeksmethoden vast te stellen.

Literatuur

Biesheuvel BW. Gedeelde zorg: betere zorg. Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Rijswijk/ Den Haag; 1994.

Den Boer F, Hageman GCHA, De Waal MWM, Petri H, Het gezamenlijk consult in de eerste lijn. Medisch Contact 1996; 51-6: 221-223.

Boersma F, Eefsting JA, Van den Brink W, Van Tilburg W. Uitvoerbaarheid en klinische betekenis van diagnostiek bij het dementiesyndroom in de thuissituatie. Huisarts en Wetenschap 1997; 40(4): 144-150.

Boodt PJ, Eilert HH. Maatschap vrijgevestigde Specialisten Alkmaar. Naar een doelmatige en efficiënte specialistische zorg. Medisch Contact 1998; 53-2: 53-56.

Brouwer N, Mot E, Zijderveld C, Van Praag B, Van Dijk L, Hutten J, De Bakker D. Vervolg-studie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam, NIVEL / SEO: 1999.

CBO. Visitatie van niet-opleidingspraktijken. Informatie voor visiteurs. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing; 1994.

Conradi MH. Second opinion geregeld. Richtlijnen voor en door huisartsen, specialisten en patiënten in de provincie Groningen. Medisch Contact 1997; 52-48: 1509-1511.

Dekker E, Verheul HA, Van den Brink RBA, Moulijn AC. Rapportcijfers voor de hartchirurg; validiteit van waargenomen verschillen in sterfte. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1998; 142(24): 1374-1379.

Doeglas D, Delnoij DMJ, Schuller-Punt R. Doelmatigheid en kwaliteit. Utrecht, NIVEL, 1999.

Van Duin BJ, Van Hensbergen W, De Haan M, Van Eijk JThM. Medische zorg bij volwassen CARA-patiënten. Gedeelde zorg van huisarts, longarts en wijkverpleegkundige. Medisch Contact 1992; 33/34-47: 953-956.

Van Gennip EMSJ, Linnebank F, Sillevis Smitt PAE, Geldof CA.Op weg naar een accreditatiesysteem van Nederlandse Ziekenhuizen. Ned. Tijdschr Geneesk 1999 vol.. nr.. p.89-93

Fleuren MAH, De Haan M, Grol RPTM. Sluit de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan bij het beleid van gynaecologen? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(18): 930-934.

Le Grand-van den Bogaard MJM, Munsterman DK, Spaay RLWM. Het perspectief van de ziekenhuizen. Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse

gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom; 1997. p. 52-77.

Groothoff JW, Kruijer SW, Post D. Wat bepaalt de wachttijd voor cataractoperatie, knieartroscopie en totale heupartroplastiek en hoe tevreden zijn patiënten? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(29): 1489-1493.

Hamers RTJ, Nagelkerke AF, Schmidt FSL. Samenwerking na verwijzing. Tussenbalans van een experiment. Medisch Contact 1991; 26-46: 817-819.

Harteloh PPM, Verweij GCG. De meting van tevredenheid over de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist.Maandbericht Gezondheid CBS 1995; 11: 4-12.

Van Herk R, Klazinga NS, Schepers RMJ, Casparie AF. De ontwikkeling van intercollegiale toetsing onder medisch specialisten in de Nederlandse ziekenhuizen: zelfregulering onder druk. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(13): 682-686.

Hofland S. Veranderingen in de functie en structuur van maatschappen. Ongepubliceerde uitgave 1999.

Hubben JH. De relatie ziekenhuis-medisch specialist vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief. Medisch Contact 1996; 51-5: 149-151.

Kaasenbrood AJA, Klazinga NS. Ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen; samenhang tussen doel, methode en effect. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1994; 138(31): 1560-1564.

Klazinga NS. Kwaliteitsborging van medisch-specialistische zorgverlening. In: Casparie AF, Colsen P. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: VUGA / de Tijdstroom; 1991.

Klazinga NS. Quality management of medical specialist care in The Netherlands. An explorative study of its nature and development. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam; 1996.

KNMG, LAD, LHV, LVSG, Orde van medisch specialisten. Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid; Leidschendamafspraken 1995-2000. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde; 1999.

Kruijff AF, Van den Borne HW, Mesters I, Sterk PPH. Ondersteuning van de voorlichting tijdens een medisch consult. Een vragen-checklist voor astma- en COPD-patiënten. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1997; 75: 74-80.

De Lange, JJ, De Hoog JC. Kwaliteitsbevordering en herregistratie van medisch specialisten. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(13): 651-652.

Leibbrandt CC. Nascholing voor de specialist in de Europese Unie. Medisch Contact 1998; 53-35: 1096-1097.

Lombarts MJMH. Visitatie spil in kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Kwaliteit in beeld 1995; januari: 21-24.

Lombarts MJMH, Merkus JMWM, Hamersma AM. Praktijkvergelijking biedt aanknopingspunten voor verbetering van de praktijkvoering: visitaties obstetrie en gynaecologie als voorbeeld. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(13): 686-690.

Lombarts MJMH, J.J.E. Everdingen JJE, Theuvenet PJ, Casparie AF. Consensus over medisch-specialistische richtlijnen 1996. Utrecht: Landelijke Specialisten Vereniging; 1996.

Lombarts MJMH, Damhuis GH, Holl RA, Koomen AR, Lips J. Hulp bij kwaliteitsverbetering. Project 'Kwaliteitsconsultatie'. Medisch Contact 1999; 54-7: 238-240.

Moen J, De Roo A. Het samenspel tussen specialisten en ziekenhuis: co-makership. Medisch Contact 1997; 27-28: 871-873.

Meulemans EWM. Toelatingsovereenkomst stafreglement en maatschap. De verandering in de relatie ziekenhuis-medisch specialist. Medisch Contact 1996; 51-5: 152-154.

Mot ES, Van Praag BMS, Meulenbeek AJG, De Bakker DH, Hutten JBF, Groenewegen PP. Voorstudie evaluatie onderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: NIVEL / SEO, 1999.

NIAZ Nieuwsbrief Nr2, september 1999. Leiden, NIAZ, 1999

Nutma A, Koopmans BJS, Van Alphen AC. Het ontstaan van een Medisch Coördinerend Centrum. Ziekenhuis Management Magazine 1998; 6: 18-21.

Orde van Medisch Specialisten. Jaarverslag 1996-1997. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 1998.

Orde van Medisch Specialisten - Stichting PACE. Afstemming visitatie en accreditatie. Utrecht/ Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Volksgezondheid Sector Kwaliteitsborging, Orde van Medisch Specialisten; 1999.

Persoon A, Francke A, Temmink D, Kerkstra A. Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht, NIVEL, 1996.

Rooyackers-Lemmens E, Van Kaathoven LGIM, Mokkink HGA, Grol R. De verwijsbrief van de huisarts en de informatiebehoefte van de specialist. Medisch Contact 1998; 53-20: 685-687.

Van der Schors CJ, Reker CHM, Nossent GD, Bootsma-de Langen AM. Het Gronings cara-protocol doorgelicht. Goede cara-zorg verdient een betere stroomlijning. Medisch Contact 1998; 53-14: 466-469.

Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit

patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. NWO en NIVEL, Utrecht, 1998.

Wet integratie medisch-specialistische zorg, Wet van 24-12-1998 tot wijziging van de ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Stb. 1999 16, 14-12-1998.

Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E, Van der Wouden JC, Visser HKA, Dokter HJ. Huisarts en kinderarts: solo of duet Samenwerking bij de zorg voor kinderen die lange tijd onder kindergeneeskundige controle zijn. Huisarts en Wetenschap 1995; 38(11): 539-543.

Theuvenet PJ, Driessen APPM, Merkus JMWM, Casparie AF, Van de Wiel-Maas I, Kuipers WLR. Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten 1995. Utrecht: Landelijke Specialisten Vereniging; 1995.

Verhaak PFM, Andela M, Kerssens JJ. Bejegening en informatieverstrekking door huisarts en specialist. Medisch Contact 1995; 50(26): 864-866.

Vissers JMH. Functionele samenwerking huisarts-specialist. Deelprojecten 'Zorg-op-één-lijn' Deventer. Diabetes Mellitus type II, Verwijzen, Chronisch Recidiverende Knieklachten, CARA. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut; 1992.

Vissers JMH. Functionele samenwerking huisarts-specialist. Resultaten, conclusies en aanbevelingen project 'Zorg-op-één-lijn' Deventer. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut; 1992

Vossen C. Specialisten en patiënten buigen zich samen over protocol. Tijdschrift Gezondheids Voorlichting 1997; 14-1: 10-12.

Van der Waal MAE, Casparie AF. Een vergelijking van voorkeuren van patiënten met reumatoïde artritis en reumatologen ten aanzien van specifieke aspecten van kwaliteit van zorg. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1997; 75: 70-73.

Van der Werf WTPF, Kuipers WLR, Blanken CJM. De kwaliteitssystemen van de medische beroepsgroep. Op weg naar Leidschendam 2000. Kwaliteit in Beeld 1999; 2; 18-20.

Weststrate W, Portegies P, Van Crevel H. Het gebruik van protocollen op een neurologische afdeling. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1994; 138(31): 1579-1583.

Van der Zant FM, Boer RO, Kooy JDB, Van den Bergh JHAM, Tiel-van Buul MMC, Van Royen EA. De uitvoering van de consensus 'Diagnostiek longembolie' in de praktijk. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1995; 139(48): 2491-2494.

4 VERPLEEGHUISARTSEN

4.1 Inleiding

Sinds de jaren '90 wordt in de verpleeghuisgeneeskunde systematisch gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Diverse kwaliteitsactiviteiten op het gebied van richtlijnen, deskundigheidsbevordering, toetsing, herregistratie en samenwerking worden ontwikkeld. In 1995 is bij de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA) een nota verschenen waarin beschreven is hoe de NVVA het kwaliteitssysteem wil vormgeven. Sindsdien is er binnen de NVVA veel aandacht gegeven aan het opstarten van een kwaliteitssysteem. In de jaren 1996 en 1997 heeft het accent in het kwaliteitsbeleid gelegen op het operationeel maken van de plannen uit de nota van 1995. Daartoe is in mei 1996 een nieuwe commissie Kwaliteit van start gegaan. Deze commissie heeft als opdracht een samenhangend kwaliteitsbeleid voor verpleeghuisartsen tot stand te brengen. Sedert 1998 werkt de NVVA met het kwaliteitsplan 'Kwaliteit in zicht, inzicht in kwaliteit'. Daarin zijn de activiteiten beschreven die de NVVA in de vijf hierop volgende jaren wil ondernemen (NVVA, 1997).
In dit overzicht is beschreven hoever verpleeghuisartsen zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

4.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 31 december 1998 waren er 942 verpleeghuisartsen ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen. Het overgrote deel van hen is werkzaam in een verpleeghuis.
Op drie plaatsen in Nederland, Amsterdam, Leiden en Nijmegen, worden verpleeghuisartsen opgeleid. Door uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen wordt verwacht het gebrek aan verpleeghuisartsen te verminderen.

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

Organisatiestructuur
De NVVA is opgericht in 1972 en is een professionele vereniging voor verpleeghuisartsen en andere artsen met belangstelling voor de verpleeghuisgeneeskunde. Zij telt eind 1998 1200 leden. De vereniging heeft een hoofdbestuur, bestaande uit tien leden, dat bijgestaan wordt door vijf adviseurs.
De NVVA is onderverdeeld in achttien regio's, alle met een eigen regiobestuur. Dit regiobestuur is een formele vertegenwoordiging van de NVVA in de regio. Leden van de NVVA zijn ook automatisch lid van één van de regio's. Dit kan, naar eigen keuze, de regio zijn waarin een arts werkzaam is of de regio waar hij of zij woont. De regioleden komen geregeld bijeen voor het bespreken van onderwerpen die betrekking hebben op het verpleeghuis en de verpleeghuisgeneeskunde. Minimaal drie maal per jaar vindt overleg plaats tussen de regio's en het hoofdbestuur. In dit overleg komt onder meer het kwaliteitsbeleid aan bod (NVVA, 1998).

4.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisatie

De NVVA heeft als centrale doelstelling de kwaliteit van de verpleeghuisgeneeskunde te bevorderen. Deze doelstelling wordt verder uitgewerkt in het kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsbeleid is eveneens een doelstelling geformuleerd, namelijk verpleeghuisartsen middelen aan te reiken waarmee zij hun handelen kunnen verbeteren. In de jaren '90 zijn hierover diverse nota's verschenen (NVVA 1991, NVVA 1993, NVVA 1995). In deze nota's wordt het belang van een inhoudelijk takenpakket voor de verpleeghuisarts onderstreept en worden vier soorten kernactiviteiten genoemd die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de verpleeghuisgeneeskunde: de beroepsopleiding, nascholing, onderzoek en ontwikkeling en onderlinge toetsing. Hiervoor is in 1996 door het hoofdbestuur van de NVVA een nieuwe commissie Kwaliteit in het leven geroepen. Deze commissie heeft de ideeën en voornemens uitgewerkt in een concreet kwaliteitsplan (NVVA, 1997).

4.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Het kwaliteitssysteem van de NVVA kent acht activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering die zich richten op de verschillende aspecten van de beroepsuitoefening van verpleeghuisartsen. Dit zijn de volgende: functieomschrijving en takenpakket, richtlijnontwikkeling, autorisatie van richtlijnen, beroepsopleiding, nascholing en accreditering van nascholing, onderlinge toetsing, informatievoorziening en automatisering, en herregistratie. Het uitgangspunt is dat deze activiteiten zoveel mogelijk in samenhang met elkaar functioneren (NVVA, 1997). Naast deze activiteiten wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan samenwerkingsactiviteiten.

In 1996 is door de commissie Kwaliteit een methode ontwikkeld om inhoudelijke prioriteiten te bepalen voor het kwaliteitssysteem. Voor de jaren 1998 tot en met 2002 zijn bijna dertig onderwerpen als prioriteit naar voren gekomen. Voor 19 onderwerpen[1] is vastgesteld welke activiteiten er ontwikkeld moeten worden en door wie dit gedaan moet worden.

4.4.1 Normen en criteria

Functieomschrijving en takenpakket

De nota 'Functieomschrijving en Takenpakket van de verpleeghuisarts' is verschenen in 1992. Er is een werkgroep in het leven geroepen om deze functieomschrijving en het takenpakket te evalueren en zo nodig te actualiseren. Deze werkgroep zal tevens een concrete invulling aan het begrip 'inhoudelijke regievoering' geven. Hiervoor bleek onder verpleeghuisartsen een grote belangstelling te bestaan. Het streven is om eind 2000 een nieuwe versie van de functieomschrijving en het takenpakket uit te brengen[#].

Richtlijnontwikkeling

Het ontwikkelen van specifieke verpleeghuisgeneeskundige richtlijnen staat nog in de kinderschoenen. In de beleidsnota van de commissie Kwaliteit van 1995 is beschreven via welke procedure de NVVA richtlijnen wil ontwikkelen. In juli 1997 is de stuurgroep richtlijnontwikkeling van start gegaan. Deze heeft als taak richtlijnen op te stellen volgens de hiervoor ontwikkelde procedure en vervolgens bekendheid aan deze richtlijnen te geven. In eerste instantie zijn door de stuurgroep eisen opgesteld die aan verpleeghuis-geneeskundige richtlijnen gesteld moeten worden. Vervolgens worden de activiteiten vastgesteld die ondernomen worden om richtlijnen te implementeren. Deze methode voor ontwikkeling en implementatie van richtlijnen wordt eind 2000/begin 2001 geëvalueerd[#].

In 1997 is de NVVA begonnen met het opstellen van richtlijnen voor verpleeghuisartsen. De eerste richtlijn die is ontwikkeld, is een richtlijn voor 'hartfalen'. In 1998 en 1999 zijn werkgroepen gestart met de ontwikkeling van de richtlijnen 'slikproblemen' en 'probleemgedrag'. In 2000 wordt een aanvang gemaakt met de richtlijnen 'dementie', 'spasticiteit', 'antibioticabeleid' en 'hygiënebeleid en infectiepreventie'.

---

[1] Antibioticabeleid, beleving en verwerking van ziekten en handicaps, beslissingen rondom het levenseinde, communicatie, CVA, dementie, ethiek, hygiënebeleid en infectiepreventie, inhoudelijke regievoering, profilering van het beroep en van de verpleeghuiszorg, samenwerkingsaspecten, slikproblemen, spasticiteit, storend gedrag, substitutie verpleeghuiszorg en extramurale zorgverlening, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, voedingsproblemen, wetenschappelijk onderzoek verrichten, ziekte van Parkinson en parkinsonisme.

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NVVA

Omdat de verpleeghuiszorg altijd multi-disciplinaire zorg is, wordt voor sommige onderwerpen een multidisciplinaire richtlijn geadviseerd. In 1999 is de voorbereiding voor de multidisciplinaire richtlijn 'voedingsproblemen' gestart mede naar aanleiding van een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen (IGZ, 1999). De verwachting is dat in de toekomst nagenoeg alle richtlijnen multidisciplinair van aard zijn[#].

Autorisatie van richtlijnen
De laatste fase bij het opstellen van een richtlijn is de autorisatie van de richtlijn. Als een richtlijn door de NVVA geautoriseerd is, heeft hij de officiële status van NVVA-richtlijn gekregen. Hiervoor is begin 1997 bij de NVVA een Autorisatiecommissie geïnstalleerd, die richtlijnen beoordeelt wanneer die door de stuurgroep Richtlijn-ontwikkeling aan haar voorgelegd zijn (NVVA, 1997). In 1999 is de eerste richtlijn 'hartfalen' geautoriseerd[#].

4.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering
Voor het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening zijn een aantal activiteiten ontwikkeld of in ontwikkeling. De nadruk ligt hierbij op deskundigheidsbevorderende en toetsende activiteiten en het ontwikkelen van een systeem van sturingsinformatie. Daarnaast zal een start worden gemaakt met een systeem van herregistratie op grond van kwalitatieve eisen.
Onder de deskundigheidsbevorderende activiteiten valt niet alleen de nascholing en de accreditering van het nascholingsaanbod maar ook de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. De stand van zaken van de kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten wordt hierna toegelicht, te beginnen met de beroepsopleiding.

Beroepsopleiding
De verpleeghuisarts wordt na voltooiing van de verpleeghuisartsopleiding door de HVRC (Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie) ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen. De inschrijving in het register is een voorwaarde voor het uitoefenen van de verpleeghuisgeneeskunde.

Het begeleiden en in stand houden van de beroepsopleiding is als doelstelling in de statuten van de NVVA opgenomen. Dit betekent dat de NVVA bekijkt of de beroepsopleiding zowel in omvang als in kwaliteit aansluit bij hetgeen in de praktijk wordt verlangd. Het hoofdbestuur bewaakt de omvang van de opleiding en de commissie Kwaliteit bekijkt of de beroepsopleiding en de beroepsuitoefening nog voldoende met elkaar sporen.

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NVVA.

Nascholing en accreditering van nascholing
Een groeiend gedeelte van de verpleeghuisartsen neemt deel aan nascholing, namelijk 43% in 1995 en 65% in 1997. Met als doel de nascholing voor verpleeghuisartsen gericht te stimuleren, is de NVVA in 1997 begonnen met het nascholingsaanbod te inventariseren en zijn in 1998 contacten met een aantal belangrijke aanbieders van nascholing gelegd. De NVVA kent sinds het begin van de jaren '90 een toetsingscommissie die het nascholingsaanbod beoordeelt op relevantie voor de beroepsgroep (KNMG, 1999). In 1999 is de beoordeling van de deskundigheidsbevordering, waaronder nascholing, in handen gekomen van het Accreditatie-orgaan van de NVVA dat de deskundigheidsbevordering gaat toetsen aan de hand van tevoren opgestelde criteria. Het gaat hierbij om de beoordeling van zowel de onderwijskundige- als de inhoudelijke aspecten. In de jaren 1998 tot en met 2002 worden voor ieder onderdeel van het takenpakket nascholingscursussen ontwikkeld en geaccrediteerd. Er is inmiddels een nascholingspakket ontwikkeld en geaccrediteerd voor de richtlijn 'hartfalen'. In 1998 en 1999 heeft de stuurgroep in gang gezet dat nascholing ontwikkeld wordt voor de overige richtlijnen. Daarnaast worden initiatieven genomen nascholing te ontwikkelen voor onderwerpen waarvoor bij verpleeghuisartsen een nascholingsbehoefte bestaat, zoals 'managementparticipatie' en 'gezondheidsrecht'. In de toekomst zal het met goed resultaat volgen van nascholing voor verpleeghuisartsen een vereiste worden om in aanmerking te komen voor herregistratie (NVVA, 1999).

Onderlinge toetsing
Onderlinge Toetsing is in 1992 gestart als een project dat deel uit maakt van het aandachtsgebied Toetsende Activiteiten. Met de in dit project gehanteerde term Onderlinge Toetsing wordt hetzelfde bedoeld als Intercollegiale Toetsing bij huisartsen. In toetsingsgroepen wordt op een systematische en kritische manier de eigen en elkaars wijze van zorgverlening geëvalueerd. Toetsingsgroepen hebben tussen 1992 en 1994 de nadruk gelegd op het maken van protocollen en het toetsen van het eigen handelen aan protocollen en criteria (Severijns, 1994). Door de werkgroep Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen is een toetsingsmethode ontwikkeld die specifiek op de beroepsgroep toegesneden is. Deze toetsingsmethode is neergelegd in 'het eerste Stappenplan Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen'. Na de eerste ervaringen met deze vorm van toetsing is een nieuwe versie van het Stappenplan ontwikkeld. Het project Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen is volgens Severijns met goed resultaat afgesloten in 1996 (Severijns, 1996).

In september 1996 namen 67 toetsingsgroepen deel aan het project met tezamen 634 deelnemers. Deze artsen waren werkzaam in 270 verpleeghuizen. Van de geregistreerde verpleeghuisartsen die lid zijn van de NVVA nam toen 61% deel aan onderlinge toetsing. De deelname aan onderlinge toetsing bleek de motivatie voor hun werk te verhogen en een gunstige werking te hebben op hun attitude (Severijns, 1996). Omdat continuering van onderlinge toetsing na afloop van het project een

hoge prioriteit had is hier in 1997 veel aandacht aan besteed (NVVA, 1997). Dit heeft geresulteerd in een deelname van ongeveer 90% van de geregistreerde verpleeghuisartsen aan een toetsingsgroep in 1997 (KNMG, 1999).
Deze deelname is in 1998 en 1999 ongeveer gelijk gebleven[#].

Informatievoorziening en automatisering
De NVVA wil op twee niveaus sturingsinformatie ontwikkelen, op macro- en microniveau. Op macroniveau gaat het om sturingsinformatie voor beleidsbeslissingen op het terrein van kwaliteit. Op microniveau betreft het informatie op basis waarvan individuele verpleeghuisartsen hun handelen kunnen verbeteren. Hiervoor worden indicatoren ontwikkeld aan de hand waarvan verpleeghuisartsen kunnen vergelijken hoe zij zelf in verschillende situaties handelen. Daarnaast kunnen zij hun eigen handelen met andere verpleeghuisartsen vergelijken. In het najaar van 1997, op het moment dat de procedure voor het ontwikkelen van richtlijnen ontwikkeld werd, is door de commissie Kwaliteit een start gemaakt met het opzetten van sturingsinformatie. Het voornemen hierbij is om het systeem van sturingsinformatie geleidelijk van onderaf op te bouwen en aan alle instrumenten uit het kwaliteitssysteem indicatoren te koppelen. Daarbij worden zowel indicatoren voor het proces als voor de uitkomsten van de zorgverlening ontwikkeld. In 1998 is de werkwijze bij het gebruik van indicatoren verder uitgewerkt. Bij het ontwikkelen van indicatoren werkt de commissie Kwaliteit samen met het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO Instituut) van de Vrije Universiteit van Amsterdam, waar onderzoek naar de inhoud van indicatoren in de verpleeghuiszorg wordt gedaan.

Herregistratie
De eisen voor herregistratie bij verpleeghuisartsen zijn tot op heden van kwantitatieve aard. In de toekomst moeten verpleeghuisartsen om voor herregistratie in aanmerking te komen aan een aantal kwalitatieve eisen gaan voldoen. In 1996 heeft het hoofdbestuur van de NVVA besloten dat bij verpleeghuisartsen deelname aan nascholing en onderlinge toetsing als eisen voor herregistratie gaan gelden. Aan dit besluit was eind 1997 nog geen uitvoering gegeven. Het jaar 1998 werd gezien als een voorbereidingsjaar om een systeem van herregistratie op te zetten, wetgeving daarvoor te bevorderen en nascholing te accrediteren. Daarna zouden de kwalitatieve eisen voor herregistratie gefaseerd ingevoerd worden. Als in 1998 voldoende nascholingscursussen geaccrediteerd zouden zijn, zou in januari 2000 gestart kunnen worden met herregistratie op grond van kwalitatieve eisen. De intentie is dat het systeem van herregistratie in januari 2005 volledig operationeel is (NVVA, 1997).

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NVVA.

Samenwerkingsactiviteiten
Eind jaren '80 vestigde de Gezondheidsraad de aandacht op de noodzaak van betere afstemming in de zorg aan dementerenden door verpleeghuisartsen, klinisch geriaters en sociaal geriaters (Gezondheidsraad, 1988). In 1994 is door Depla een verkennend onderzoek uitgevoerd naar samenwerking in psychogeriatrische teams. De pg-teams zijn te beschouwen als zorgcircuits in een notendop voor dementerenden. Deskundigen in de zorg voor dementerenden stellen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor de hulpverlening en voeren de centrale regie bij verzoeken om dagbehandeling en pg-opname. De pg-teams werken samen op grond van structurele afspraken. De samenwerking is niet vrijblijvend. Er werden twee typen teams onderscheiden: adviesteams en coördinatieteams (Depla, 1994). In beide teams werken verpleeghuisartsen structureel samen met medewerkers van de Riagg en met medewerkers uit de eigen (psychogeriatrische) verpleeghuizen. De adviesteams richten zich vooral op diagnostiek en advies bij complexe problemen. De coördinatieteams zijn vooral gericht op de screening, de indicatie, de zorgtoewijzing en de plaatsing. De teams hebben geen juridische status. Er zijn geen afspraken tussen de deelnemende instellingen in de vorm van al dan niet formeel ondertekende samenwerkingsconvenanten. De personele en financiële middelen van de teams zijn bescheiden waardoor de werkwijze pragmatisch en de bijdrage aan de hulpverlening vooral praktisch is (Reinking, 1997).

Vanuit het veld worden ook initiatieven genomen om tot structurele regionale samenwerking in de ouderenzorg te komen. Voorbeeld hiervan is plan over netwerkvorming voor de jaren 2000-2005 van de Rivas Zorggroep in de regio Gorinchem en omstreken met als doel ketenzorg te organiseren. Het leidend beginsel in de organisatie van ketenzorg is: hoe kunnen we de zorgvraag van de cliënt op het juiste moment, op de juiste manier en op de juiste plaats beantwoorden? Hierin gaat het niet alleen om de inhoud van de zorg maar ook om de organisatie van de zorg. De vakgroep verpleeghuisgeneeskunde heeft een centrale rol in deze transmuralisering van de ouderenzorg en richt zich zowel op de samenwerking in de medische as - huisartsen en medisch specialisten- als op de samenwerking met en tussen andere disciplines (Rivas medi-zorg, 1999).

4.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid ligt bij het hoofdbestuur van de NVVA. In samenwerking met diverse commissies en werkgroepen draagt het hoofdbestuur zorg voor de aansturing en uitvoering van het kwaliteitsbeleid op centraal niveau. De centrale actoren zijn:

- de commissie Kwaliteit, voor aansturing en coördinatie van de uitvoering van het kwaliteitsbeleid;
- de stuurgroepen Nascholing, Richtlijnontwikkeling en Toetsende Activiteiten voor de aansturing en coördinatie van de betreffende activiteiten;
- werkgroepen voor de uitvoering van concrete taakopdrachten;
- het Accreditatie-orgaan voor het accrediteren van nascholingsaanbod;
- de Autorisatiecommissie voor het autoriseren van richtlijnen;
- het bureau van de NVVA voor inhoudelijke en organisatorische ondersteuning van de activiteiten (NVVA, 1997). Dit bureau heeft in 2000 7 medewerkers, waarvan er 4 zich voornamelijk bezighouden met kwaliteitsbeleid#.

De daadwerkelijke uitvoering van het kwaliteitsbeleid vindt plaats in het directe contact van verpleeghuisartsen en patiënten of medewerkers uit andere disciplines. Er moeten dus verbindingen bestaan tussen de centrale actoren en de verpleeghuisartsen in den lande. Deze spilfunctie wordt verzorgd door de regionale coördinatoren en de toetsingsgroepen (NVVA, 1997)

Toetsingsgroepen bestaan uit teams van verpleeghuisartsen van enkele verpleeghuizen of zijn regionaal samengesteld. In deze regionale toetsingsgroepen werken de verpleeghuisartsen nagenoeg allemaal in verschillende verpleeghuizen. De toetsingsgroepen hanteren inmiddels verschillende kwaliteitsinstrumenten de keuze voor een kwaliteitsinstrument wordt gebaseerd op het onderwerp en de vraagstelling. De NVVA is van plan de taken van de toetsingsgroepen in de toekomst verder uit te breiden. Dit betekent dat de groepen in de toekomst bij het ene onderwerp onderlinge toetsing inzetten, bij het andere onderwerp een protocol ontwerpen en bij een derde onderwerp voor onderlinge consultatie kiezen#.

Regionale coördinatoren treden op als intermediair tussen de toetsingsgroepen in de regio en de landelijk coördinator voor de onderlinge toetsing. In 1997 is besloten om de activiteiten van de regionale coördinatoren naar andere kwaliteitsbevorderende activiteiten uit te breiden. Tevens is in het regioreglement van datzelfde jaar opgenomen dat de regio's een regiocoördinator kwaliteit aanstellen, die namens het regiobestuur als coördinator fungeert inzake alle activiteiten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid in de regio. De meeste regionale coördinatoren Onderlinge Toetsing zijn bereid om naar de functie van regiocoördinator Kwaliteit toe te groeien. Er bestaat daarbij wel een behoefte aan kennisoverdracht, ondersteuning en onderlinge uitwisseling (NVVA,1997). De commissie Kwaliteit realiseert hiervoor verschillende landelijke activiteiten en experimenten in de regio's, zoals studiedagen, workshops en cursussen#.

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NVVA

Positie van de beroepsbeoefenaren
De NVVA voert twee maal per jaar overleg met de NVVz, de koepelorganisatie van de verpleeghuizen, waarbij het kwaliteitsbeleid een belangrijk gespreksonderwerp is.
Om afstemming te creëren hebben de NVVz en de NVVA gezamenlijk enkele werkgroepen in het leven geroepen. Daarnaast heeft een vertegenwoordiger van de NVVz als adviseur zitting in de commissie Kwaliteit van de NVVA en vindt er op uitvoerend niveau overleg plaats tussen de NVVz en NVVA plaats over kwaliteitsbeleid. Doel hiervan is de kwaliteitssystemen van verpleeghuizen (MIK-V) en van verpleeghuisartsen op elkaar af te stemmen. De commissie Kwaliteit streeft een multi-disciplinaire aanpak na en had in 1997 het voornemen de hierna volgende jaren met verschillende beroepsgroepen in overleg te treden om bepaalde onderwerpen gezamenlijk uit te werken (NVVA, 1997).

Tijd en geld
Eind 1995 is door de ledenvergadering van de NVVA besloten om met ingang van 1996 de contributie te verhogen ten behoeve van de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. Omdat de contributieverhoging niet voldoende was heeft het hoofdbestuur begin 1997 de toenmalige staatssecretaris van VWS verzocht om structurele financiering voor haar kwaliteitsbeleid. Structurele financiering is toen toegezegd maar het zou enige tijd duren voor dit een feit was. Tot die tijd zou de NVVA kunnen rekenen op tijdelijke financiële middelen uit de begroting van de Directie Ouderenbeleid. Eind 1997 was de realisering van structurele financiering nog niet tot stand gekomen waardoor een subsidie voor de jaren 1998 tot en met 2002 door het ministerie van VWS is toegezegd (NVVA, 1997).

4.6 Conclusie

In de jaren negentig moest door de verpleeghuisartsen nog een start gemaakt worden met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Dit gold ook voor de basisvoorwaarden voor het ontwikkelen van kwaliteitszorg, zoals de professionalisering en profilering van het beroep. Er werd begonnen met een functieomschrijving/takenpakket en het ontwikkelen en begeleiden van een beroepsopleiding. Hierdoor verkeren de verpleeghuisartsen wat betreft kwaliteitszorg in een ontwikkelingsstadium dat door huisartsen en specialisten al lang gepasseerd is. Deze late start is echter geen langzame start. In dit afgelopen decennium is er zeer veel in gang gezet wat betreft de ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten. Verpleeghuisartsen werken vanuit een kwaliteitsplan aan diverse elementen tegelijk, zoals functieomschrijving/takenpakket, beroepsopleiding, richtlijnontwikkeling, nascholing, gegevensregistratie, intercollegiale toetsing en het ontwikkelen van een systeem voor herregistratie op basis van kwalitatieve eisen. Door de late start zijn de meeste activiteiten nog in de ontwikkelingsfase.

De inspanningen om een kwaliteitssysteem op te zetten dateren van de laatste tien jaren. In de eerste helft van de jaren negentig is vooral gewerkt aan beleid omtrent het vormgeven van een kwaliteitssysteem. Hierover zijn diverse nota's verschenen. In de vijf jaren hierna lag het accent op het operationeel maken van de plannen. Hiervoor is door de commissie Kwaliteit een plan uitgebracht waarin concrete activiteiten zijn beschreven die tussen 1998 en 2002 worden ontwikkeld. Aan de ontwikkeling van deze activiteiten, die in de paragraaf hiervoor beschreven zijn, wordt door diverse commissies en stuurgroepen gewerkt. De eerste concrete resultaten zijn de implementatie van intercollegiale toetsing en de in 1999 geautoriseerde richtlijn 'hartfalen', waarvoor tevens een nascholingspakket ontwikkeld en geaccrediteerd is.

Voor onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van kwaliteits-activiteiten is het nog te vroeg. Alle activiteiten, op onderlinge toetsing na, zijn nog in de ontwikkelingsfase. Er is één onderzoek uitgevoerd naar implementatie van onderlinge toetsing. Hieruit is gebleken dat onderlinge toetsing motivatie verhogend werkt en een gunstige werking op het gedrag heeft.

Literatuur

Depla M, De Rijk K, Van Meijel B. Samenwerking in de psychogeriatrie; een onderzoek naar voorkomen en diversiteit van psychogeriatrische teams. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 94-1; 1994.

Gezondheidsraad. Advies inzake psychogeriatrische ziektebeelden. Gezondheidsraad. 's Gravenhage: 1988.

IGZ. Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen: beleid en praktijk. Den Haag: IGZ, 1999.

NVVA. Verpleeghuisgeneeskunde in ontwikkeling. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen; 1991.

NVVA. Beleidsnota van de commissie Kwaliteit. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen; 1993.

NVVA. Naar een samenhangend professioneel kwaliteitssysteem voor verpleeghuisartsen. Structuurnota over het kwaliteitsbeleid van de NVVA. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen; 1995.

NVVA. Kwaliteit in zicht, inzicht in kwaliteit; Kwaliteitsplan van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen voor de jaren 1998 tot en met 2002. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen; 1997.

NVVA. Jaarverslag 1996 en 1997.Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen; 1998.

Reinking D. Samenwerking in de psychogeriatrie II; Evaluatie psychogeriatrische teams. Utrecht: Trimbos-instituut; 1997.

Rivas MediZorg. Beleidsplan 2000-2005; Een apart specialisme in een centrale rol. Gorinchem: Vakgroep Verpleeghuisgeneeskunde; 1999.

Severijns MAB. Onderlinge toetsing uit de startblokken. De opzet en de resultaten van het project Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen 1992-1994. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen; 1994.

Severijns MAB. Onderlinge toetsing weer een stap voorwaarts. Eindrapport van het project Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen 1994-1996. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen; 1996.

Wolves M, Hoeksema BM. Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Kwaliteit in care en cure. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg; 1995.

5 SOCIAAL GENEESKUNDIGEN

5.1 Inleiding

Sociaal-geneeskundigen zijn artsen die een vervolgopleiding in de sociale geneeskunde afgesloten hebben. Het meest kenmerkende aspect van de sociale geneeskunde is de belangrijke rol van preventie. De individuele curatieve zorgverlening wordt als basis gebruikt voor het preventiebeleid. In de praktijk betekent dit dat mogelijke tekortkomingen die vanuit de casuïstiek worden geconstateerd, gebruikt worden bij de ontwikkeling van het preventiebeleid. De sociaal geneeskundige zorg is zowel gericht op het individu als op maatschappelijke groepen (Zorgnota, 1999).
Sinds 1994 kent de sociale geneeskunde een indeling in twee hoofdstromen: arbeid en gezondheid (Occupational Medicine) naast maatschappij en gezondheid (Community Medicine). De verschillende richtingen binnen de opleiding zijn sindsdien ook ingedeeld bij een van beide hoofdstromingen (Wiegers, 1999).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

5.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 31 december 1998 stonden er 3.584 sociaal geneeskundigen ingeschreven in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen (OSA-publicatie ZW2, 1999). De (relatieve) verdeling van aantallen sociaal-geneeskundigen naar opleidingstak is weergegeven in tabel 5.1.

Opgemerkt moet worden dat het aantal niet-geregistreerde sociaal-geneeskundigen mogelijk net zo groot is als het aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen. Niet-geregistreerd zijn vooral de consultatiebureau-artsen. Dit zijn vaak huisartsen of basisartsen zonder sociaal-geneeskundige registratie. Een belangrijke reden dat de feitelijke aantallen sociaal-geneeskundigen niet bekend zijn is dat deze beroepsbeoefenaren door de grote diversiteit in functies en opleidingen, ook buiten

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

het veld van de sociale geneeskunde, moeilijk te volgen zijn[#].

Tabel 5.1 Sociaal-geneeskundigen naar opleidingstak

	aantal	%
arbeids- en bedrijfsgeneeskunde	1167	32,6
verzekeringsgeneeskunde	1065	29,8
jeugdgezondheidszorg	598	16,7
algemene gezondheidszorg	456	12,7
sportgeneeskunde	53	1,5
bijzondere vormen sociale geneeskunde	40	1,1
arbeid en gezondheid[1]	180	5,0
zonder taakaanduiding	22	0,6

[1] nieuwe opleidingstak, met ingang van 1997 opgenomen in het register
Bron: OSA-publicatie ZW2, 1999

De vraag naar sociaal geneeskundigen is sterk afhankelijk van soms snel veranderende maatschappelijke factoren en van wetgeving. De belangstelling voor de sociale geneeskunde wordt door zeer verschillende factoren bepaald: zo neemt dit toe als het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen en specialisten afneemt, zoals in de jaren '80 te zien was. De belangstelling blijkt ook afhankelijk van het beroepsbeeld dat tijdens en na de opleiding is ontstaan en van de bereidheid van de (toekomstige) werkgevers om de opleiding te bekostigen (Scheerder, 1993).

Uit een onderzoek van Wiegers onder 1190 geregistreerd sociaal geneeskundigen blijkt dat sociaal geneeskundigen niet alleen in uiteenlopende functies, maar ook in uiteenlopende organisaties werken. Van de 1190 respondenten werkt 6,8% helemaal niet, of niet in een sociaal geneeskundige functie.
Ongeveer een kwart van de sociaal geneeskundigen heeft meer dan één functie. De meest voorkomende eerste functies en de organisaties waar deze functies uitgeoefend worden, zijn weergegeven in tabel 5.2.
Er zijn nog vele andere functies genoemd, maar die worden elk door minder dan 3% van de respondenten uitgeoefend. Enkele voorbeelden hiervan zijn: stafarts, sportarts, schoolarts, arts infectieziekten, keuringsarts, docent, onderzoeker, beleidsmedewerker, inspecteur, medisch milieukundige. Eveneens is gebleken uit het onderzoek dat de overgrote meerderheid van sociaal-geneeskundigen in vast dienstverband werkt (94%). De overigen zijn vrijgevestigd (3%) of hebben een tijdelijk dienstverband (3%). De verschillen in 'soort dienstverband' tussen de functies zijn niet groot (Wiegers, 1999).

[#] Verwijst naar informatie uit het interview met de LVSG.

Tabel 5.2 Meest voorkomende eerste functies en organisaties waar(in) sociaal geneeskundigen werkzaam zijn

Functies	%	Organisaties	%
bedrijfsarts	39%	bedrijfsgezondheidsdienst/ arbodienst	41%
verzekeringsarts	18%	GGD	21%
jeugdarts	11%	uitvoeringsinstantie Soc. Verzekeringen	17,8%
manager/directielid	10%	thuiszorgorganisatie[1]	3,4%
GGD-arts	5%	beleids-/adviesorgaan	3,0%
medisch adviseur	4%		

[1] consultatiebureau-artsen niet inbegrepen
Bron: Wiegers, 1999

Organisatiestuctuur
Sociaal geneeskundigen kunnen zich aansluiten bij verschillende beroepsverenigingen. De Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG) is sinds 1981 de koepelorganisatie waar alle sociaal geneeskundigen lid van kunnen worden. De LVSG heeft als doel de belangen van de sociaal-geneeskundige beroepsgroep te behartigen. Ongeveer eenderde van de sociaal geneeskundigen is lid van de LVSG.
Daarnaast kunnen sociaal geneeskundigen lid worden van heel veel verschillende wetenschappelijke verenigingen[1]. De meeste wetenschappelijke verenigingen zijn vertegenwoordigd in het Centraal Bestuur van de LVSG (LVSG, 1999).

Uit het onderzoek van Wiegers blijkt dat de meeste geregistreerd sociaal geneeskundigen (63%) lid zijn van één beroeps- of wetenschappelijke vereniging, 20% is lid van twee verenigingen en 4% is lid van drie of meer verenigingen.
Bedrijfsartsen zijn in meerderheid (87%) lid van de NVAB, de vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Verzekeringsartsen zijn in meerderheid lid van de NVVG, de vereniging voor verzekeringsgeneeskunde (79%). Daarnaast is 27% van de verzekeringsartsen lid van de NVAB en 13% is lid van wetenschappelijke verenigingen van adviserend geneeskundigen bij particuliere verzekeraars. Van de GGD-artsen is

[1] Het FMG (forensische geneeskunde), de GAV (geneeskundig adviseurs bij verzekeraars), de LFC (consultatiebureau-artsen), de NIVAG (GAK-artsen), de NVAB (bedrijfsartsen), de NVAG (artsen algemene gezondheidszorg), de NVJG (jeugdartsen), de NVMM (medisch milieukundigen), de NVVG (verzekeringsgeneeskundigen), de VAGZ (adviserend geneeskundigen bij ziekenfondsen), de VIA (indicerende en adviserende artsen), de VSG (sportartsen), de VvAwT (tuberculose artsen), de VvE (epidemiologen) en de VVGN (verslavingsartsen).

26% lid van de NVJG, de Nederlandse vereniging voor jeugd gezondheidszorg, 26% van het FMG, forensisch medisch genootschap, 15% van de NVAG, algemene gezondheidszorg en 15% van de VIA, vereniging van indicatiestellende en adviserende artsen (Wiegers, 1999).

5.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Een centrale doelstelling van het LVSG-beleid is versterking van de preventie binnen de zorgsector. Hiertoe streeft de LVSG naar een continue verbetering van de kwaliteit van sociaal-geneeskundige zorg, van het sociaal-geneeskundig onderwijs en onderzoek. Essentieel hierin is de afstemming van opleiding en bij- en nascholing op de sociaal-geneeskundige beroepsuitoefening. Een eerste vereiste hiervoor is een adequate 'all-in' beroepsopleiding waarin aandacht is voor het sociaal-geneeskundig werkveld in het basiscurriculum. Tevens acht de LVSG het van belang betrokken te worden bij de post-doctorale beroepsopleiding voor sociaal-geneeskundigen. Daarnaast zijn bij- en nascholing, en zeker ook intercollegiale toetsing, noodzakelijk voor verdere kwaliteitsverbetering van de sociale geneeskunde.
De beroepsprofielen die de wetenschappelijke sociaal geneeskundige verenigingen hebben ontwikkeld, worden door de LVSG op elkaar afgestemd. Hierdoor kunnen ze gebruikt worden in het kader van de opleiding, (her)registratie en arbeidsvoorwaarden en kunnen zij aanknopingspunten bieden voor een professioneel statuut. Via vertegenwoordigers in het onlangs opgerichte Capaciteitsorgaan wordt invloed uitgeoefend op de planning van het aantal voortgezette opleidingsplaatsen.
De LVSG rekent innovaties in de sociale gezondheidszorg nadrukkelijk tot één van haar speerpunten. Nieuwe methodieken, wijzen van onderzoek, protocollen aangaande sociale geneeskunde worden ontwikkeld, op bruikbaarheid getoetst en geïmplementeerd. Daarbij acht de LVSG het van belang aandacht te besteden aan de wensen/behoeften van de cliënten, de werkgevers en de sociaal-geneeskundigen zelf. Dit geldt vooral voor de ontwikkeling van takoverstijgende activiteiten (LVSG).

5.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

De activiteiten die achtereenvolgens besproken worden zijn: (multidisciplinaire) richtlijnontwikkeling, intercollegiale toetsing, opleiding, accreditatie van bij- en nascholing, (her)registratie en certificering.

5.4.1 Normen en criteria

Professioneel statuut
Een aantal wetenschappelijke verenigingen in de sociale geneeskunde is bezig een

professioneel statuut op te stellen. Door verzekeringsartsen en bedrijfsartsen is onlangs door de beroepsgroep en werkgevers een professioneel statuut vastgesteld.

Richtlijnontwikkeling
Binnen de twee hoofdstromen van de sociale geneeskunde worden door de wetenschappelijke verenigingen in nauw overleg met belanghebbende organisaties richtlijnen ontwikkeld. Aan de ontwikkeling van richtlijnen wordt vooral binnen subdisciplines en betrokken organisaties gewerkt.

In de hoofdstroom Occupational Health speelt een instituut als het Lisv (Landelijk instituut sociale verzekeringen) een belangrijke rol. Het Lisv ontwikkelt standaarden, zowel procesmatige als vakinhoudelijke, voor de verzekeringsarts. Dit vindt plaats in nauw overleg met de organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van de sociale verzekeringen. De regie van de implementatie van de ontworpen standaarden is in handen van een platform van stafverzekeringsartsen van de vijf uitvoeringsinstellingen GUO, FSB, USSO, GAK en Cadans (KNMG, 1999).

In de richtlijnontwikkeling van de bedrijfsgeneeskunde spelen NIA 'TNO, de stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten van het AMC en in beperkte mate het NSPH een belangrijke rol (KNMG, 1999). Voor de bedrijfsgezondheidszorg zijn in het kader van het plan van aanpak wachttijden vier landelijke kenniscentra opgericht voor arbeidsgerelateerde aandoeningen en regionale expertisecentra waar bedrijfsartsen in samenwerking met curatieve collega's gebruik van kunnen maken[#].

Ook door de overige sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen worden protocollen en standaarden ontwikkeld. Zo hebben de Landelijke Federatie van Consultatiebureauartsen-verenigingen (LFC) en de Nederlandse Vereniging voor Jeugd Gezondheidszorg (NVJG) met behulp van TNO'PG een draaiboek opgesteld voor de vervaardiging van standaarden voor de jeugdgezondheidszorg. Met behulp daarvan is inmiddels één standaard, 'Gehoorstoornissen', tot stand gekomen en aan drie standaarden wordt nog gewerkt. Ook de medisch adviseurs bij de zorgverzekeraars zijn doende standaarden te ontwikkelen en een professioneel statuut op te stellen voor deze sociaal geneeskundige beroepsgroep. Dat geldt ook voor de adviserende en indicerende artsen waarvoor hun wetenschappelijke vereniging de VIA zich sterk maakt (KNMG, 1999).

Om deze fragmentarische kwaliteitsactiviteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling van de afzonderlijke sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen een structureel karakter te geven heeft de Nederlandse Vereniging van Algemene

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de LVSG

Gezondheidszorg (NVAG) het initiatief genomen een project tot stand te brengen om deze activiteiten te bundelen en van elkaars kennis en ervaring gebruik te maken. Hiervoor is de Werkgroep Kwaliteitsbeleid Community Medicine opgericht. Het CBO en de LVSG zijn gevraagd dit project te ondersteunen.

Inmiddels wordt voor 'het tweede generatie kwaliteitsbeleid' een toetsingskader ontwikkeld gericht op het maatschappelijk rendement van de sociale geneeskunde. Centraal hierin staan de effecten van het kwaliteitsbeleid[#].

Multidisciplinaire richtlijnen
Op het gebied van afstemming van richtlijnen en standaarden tussen verschillende disciplines vinden diverse initiatieven plaats, waaronder het project PARAG.
Het KNMG project PARAG (Project Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid) heeft ten doel de afstemming in de richtlijnontwikkeling tussen de aspecten arbeid en gezondheid te verbeteren. In dit verband hebben de LHV en de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) in 1998 afspraken gemaakt om de samenwerking op het gebied van sociaal medische begeleiding van zieke werknemers te verbeteren, onder meer via standaardontwikkeling (KNMG, 1999).

5.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

De LVSG is begin jaren '90 begonnen met de ontwikkeling van intercollegiale toetsing. De vereniging verwacht hiervan een sterke impuls voor de kwaliteit van de zorg. Verder is er momenteel een beperkte verplichting voor de registratie van sociaal geneeskundige functies. Een commissie werkt aan de ontwikkeling van een (her)registratiesysteem. Daarnaast wordt gewerkt aan een betere afstemming tussen de preventieve en de curatieve zorg.

Intercollegiale toetsing
Voor de sociaal-geneeskundige beroepsgroepen is door de LVSG een systeem van intercollegiale toetsing ontwikkeld dat door met name bedrijfsartsen steeds meer gebruikt wordt. De NVAG werkt aan plannen voor de opzet van intervisie, intercollegiale toetsing en supervisie. Binnen allerlei instellingen waar sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn vinden vormen van deels niet-geformaliseerde intercollegiale toetsing plaats. Bekend is dat de betrekkelijk kleine groep van medisch-milieukundigen een goed functionerend landelijk overleg heeft dat gezien zijn werkwijze als een permanente vorm van intercollegiale toetsing is te beschouwen.
De sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen mogen de vormgeving van de intercollegiale toetsing zelf regelen (KNMG, 1999).

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de LVSG

Opleiding
In Nederland zijn zes opleidingsinstituten door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) erkend. Voor Arbeid en Gezondheid zijn dit de Amsterdamse bedrijfsartsenopleiding CORVU, NIA 'TNO te Leiden, de NSPH te Utrecht en de SGBO-ABG van de Katholieke Universiteit Nijmegen. In de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn de opleidingsinstituten NSPH (algemene gezondheidszorg, tuberculosebestrijding en medische milieukunde), TNO-PG in Leiden (jeugdgezondheidszorg) en het NIOS in Utrecht (sportgeneeskunde) (SGRC, 1998).

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid wordt gewerkt aan een fundamentele verbetering van de vakinhoudelijke toerusting van de sociaal-geneeskundige. Verreweg de belangrijkste maatregel is de herstructurering van de Maatschappij en Gezondheid-opleiding van de NSPH volgens het zogenaamde COCMO-model. De herziene opleidingssystematiek en -structuur komen zoveel mogelijk overeen met die van huisartsen en medisch specialisten. In afwachting van additionele financiering van de opleidingsplaatsen is nog niet met de nieuwe opleiding begonnen (KNMG, 1999).

Erkenningen van opleidingsinstituten worden afgegeven door de SGRC op basis van onderzoek en advisering door een Commissie van Deskundigen. Deze Commissie visiteert de opleidingsinstituten en hanteert hierbij een vast protocol. Hierin heeft ook het horen van een vertegenwoordiging van het Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding (LOSGIO) een plaats. Inherent aan een erkenning is het toezicht houden dat aan de erkenningsvoorwaarden blijvend wordt voldaan (SGRC, 1998).

Accreditatie van bij- en nascholing
Accreditatie van bij- en nascholing moet geschieden door de SGRC. Organisatorische en opleidingskundige aspecten van de bij- en nascholing moeten hiervoor beoordeeld worden. De inhoudelijke toets geschiedt door de wetenschappelijke vereniging waartoe de doelgroep van de scholingsactiviteit behoort. Aan het einde van 1998 hadden 15 aanbieders van bij- en nascholing een verzoek tot accreditatie bij de SGRC gedeponeerd (SGRC, 1999).

De door de diverse opleidingsinstituten Arbeid en Gezondheid verzorgde bijscholingen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, die beschouwd worden als een aanvullende scholing in het kader van registratie, werden goedgekeurd door de SGRC. Dit gebeurde op basis van advisering door de Commissie van Deskundigen Arbeid en Gezondheid (SGRC, 1998).

De NVJG (Nederlandse Vereniging voor Jeugd Gezondheidszorg) heeft dit jaar een accreditatiecommissie ingesteld die ten doel heeft de kwaliteit van bij- en nascholing

op het gebied van jeugdgezondheidszorg te bevorderen, te waarborgen en te toetsen (KNMG, 1999).

Samenwerking
Om de samenwerking en onderlinge afstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen enerzijds en medisch specialisten anderzijds te verbeteren is het ARBO-II project van start gegaan. Dit project is gericht op verbetering van de behandeling en begeleiding van mensen met arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Dit doel tracht men te bereiken door wederzijdse kennisvergroting van de betrokken beroepsgroepen over elkaars taken, werkwijze en verantwoordelijkheden en het bevorderen van een attitudeverandering die gericht is op onderlinge afstemming en samenwerking[#].

Registratie
De sociaal-geneeskundige wordt na voltooiing van de sociaal geneeskundige opleiding door de SGRC ingeschreven in het register van erkende sociaal geneeskundigen. Registratie als sociaal geneeskundige kan voor bepaalde functies wettelijk vereist zijn of registratie kan door de werkgever, de beroepsgroep of door een professioneel statuut vereist worden. De registratie-vereisten zijn niet alleen verschillend per functie van de sociaal-geneeskundigen, maar ook per organisatie of instelling waar men werkzaam is. Van 1191 sociaal geneeskundigen uit het onderzoek van Wiegers geeft een groot deel aan dat één of meerdere vormen van registratie vereist zijn voor hun functie. Bij bedrijfsartsen (75%) wordt de wettelijke registratie-eis het meest dikwijls gesteld, gevolgd door de verzekeringsarts (50%). Van de GGD-artsen is 75% van mening dat registratie vooral door de werkgever vereist wordt, evenals meer dan de helft van de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en jeugdartsen. Registratie wordt volgens bijna de helft van de bedrijfsartsen ook vereist door de beroepsgroep en/of een professioneel statuut (Wiegers, 1999).

Herregistratie
Vanaf januari 1998, het inwerking treden van het CSG-Besluit, kent de sociale geneeskunde herregistratie-eisen. De SGRC heeft hierna in overleg met wetenschappelijke verenigingen, opleidingsinstituten sociale geneeskunde en werkgevers van sociaal-geneeskundigen randvoorwaarden geformuleerd. Deze betroffen enerzijds het accrediteren van bij- en nascholing door de SGRC . Anderzijds werden eisen geformuleerd voor het accrediteren, onder toezicht van de SGRC, van overige deskundigheidsbevorderende activiteiten en systemen voor intercollegiale toetsing door de wetenschappelijke sociaal-geneeskundige verenigingen.
Bij herregistratie beoordeelt de SGRC eenmaal per 5 jaar of de vaardigheden worden onderhouden door regelmatig werkzaam te zijn, of aan intercollegiale toetsing is

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de LVSG.

deelgenomen en of de deskundigheid wordt onderhouden door deelname aan bij- en nascholing. Voor sociaal geneeskundigen betekent invoering van herregistratie dat zij vanaf 1 januari 1999 moeten voldoen aan de eisen voor herregistratie. In november 1998 werd door de SGRC aan alle geregistreerden een overzicht toegestuurd met de gegevens die bij de SGRC bekend waren, waarin zij tevens werden geïnformeerd over hun herregistratiedatum. De SGRC gaat alle geregistreerden beoordelen tussen begin 2000 en zomer 2003 (SGRC, 1999).

Certificering
In 1994 is in de bedrijfsgeneeskunde door het Ministerie van Sociale Zaken een certificatiesystematiek ingevoerd. In dit kader heeft de Stichting Kwaliteit Bedrijfsgezondheidszorg een richtlijnenboek ontwikkeld. Op basis hiervan worden arbodiensten al dan niet gecertificeerd. Certificering is in deze sector verplicht voor het uitoefenen van de bedrijfsgeneeskunde (Plomp, 1999). Tevens bestaat de verplichting van evaluatie van de zorgverlening. In de certificatie-eisen van arbodiensten is niet de eis gesteld dat werkzaamheden door geregistreerde sociaal geneeskundigen verricht moeten worden (Van der Werf et al, 1999).

5.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
De LVSG heeft een stafbureau dat bestaat uit 5 personen, waarvan 1 zich specifiek bezighoudt met kwaliteit. De kwaliteitsactiviteiten die in de sociale geneeskunde ontwikkeld worden vinden plaats op het niveau van de beroepsgroepen die binnen de sociale geneeskunde werkzaam zijn. Op dit niveau worden dan ook structuren ontwikkeld voor implementatie van kwaliteitsactiviteiten. Hierin bestaan grote verschillen tussen beroepsgroepen.

Positie van de beroepsgroep
Vrijwel alle sociaal-geneeskundigen werken in dienstverband (94%). Dit maakt dat voor de positie van de sociaal-geneeskundige hetzelfde geldt als voor de infrastructuur. De grote diversiteit in functies en organisaties maakt het vrijwel onmogelijk om algemene uitspraken te doen over de positie van de sociaal-geneeskundige.

Tijd en geld
Bij de sociaal geneeskundigen speelt het probleem dat werkgevers nauwelijks gemotiveerd zijn het kwaliteitsbeleid te financieren. In sommige gevallen is zelfs sprake van afbouw van expertise. In het algemeen geldt voor beroepsbeoefenaren in dienstverband, dat de werkgever de kosten van bij- en nascholing zou moeten dragen

zodat deze ook de kwaliteitseisen kunnen naleven. De afspraken hiervoor zijn vaak niet schriftelijk vastgelegd (Van der Werf et al, 1999).

5.6 Conclusies

Wat betreft de ontwikkeling van kwaliteitszorg onder sociaal geneeskundigen is er sprake van stagnatie. Een belangrijke oorzaak hiervan is de versnippering en gebrek aan een goede infrastructuur. Door de diversiteit aan beroepsverenigingen, organisaties en functies bestaat er geen (overkoepelend) kwaliteitsbeleid voor alle sociaal geneeskundigen. Het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten vindt vrijwel alleen plaats binnen de verschillende beroepsgroepen in de sociale geneeskunde, zoals bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en jeugdartsen. Deze beroepsgroepen hebben ieder hun eigen verenigingen en organen die bezig zijn met het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten. Het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten binnen deze beroepsgroepen blijft echter veelal fragmentarisch omdat het de meeste beroepsgroepen ontbreekt aan een goede infrastructuur voor implementatie en voor het creëren van samenhang.

Door de LVSG is er in de jaren negentig gewerkt aan een systeem van intercollegiale toetsing dat door de bedrijfsartsen steeds meer gebruikt wordt. De initiatieven op het gebied van kwaliteitsontwikkeling, die de laatste vijf jaren ondernomen zijn, kunnen vrijwel alleen toegeschreven worden aan afzonderlijke beroepsgroepen binnen de sociale geneeskunde. De meeste beroepsgroepen hebben zich in de afgelopen jaren, met hulp van externe instanties, bezig gehouden met richtlijnontwikkeling. Op het terrein van arbeid en gezondheid zijn multi-disciplinaire projecten opgezet voor richtlijnontwikkeling en samenwerking.

Gezien de beperkte ontwikkeling in kwaliteitszorg die er tot nu toe heeft plaatsgevonden zijn er nog geen onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van kwaliteitsactiviteiten bekend.

Literatuur

LVSG. Brochure 1999. Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen, Utrecht 1999.

KNMG. Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid; Leidschendamafspraken 1995-2000. Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde, Utrecht 1999.

Plomp, N., persoonlijke mededeling, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam 1999.

SGRC, Jaarverslag 1997. Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie, Utrecht 1998.

SGRC, Jaarverslag 1998. Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie, Utrecht 1999.

Scheerder, R.J.L.M., In gesprek. Beroepsinhoudelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Ministerie van WVC, Rijswijk 1993.

Van der Werf WTPF, Kuipers WLR, Blanken CJM. De kwaliteitssystemen van de medische beroepsgroep. Op weg naar Leidschendam 2000. Kwaliteit in Beeld 1999; 2; 18-20.

Wiegers, TA en Hingstman, L. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal geneeskundigen. NIVEL, Utrecht 1999.

6 APOTHEKERS

6.1 Inleiding

De apotheker is van oudsher bereider van geneesmiddelen op voorschrift van de arts. Tegenwoordig wordt het overgrote deel van alle geneesmiddelen industrieel bereid en via de groothandel aan de apotheek geleverd. Apothekers besteden hun aandacht voornamelijk aan het bevorderen van goed geneesmiddelgebruik door middel van voorlichting, medicatiebegeleiding en overleg met voorschrijvers. Hierin krijgt de zorgvraag van de patiënt steeds meer een centrale plaats (Van de Vaart, 1997). De apothekers nemen onder de beroepsgroepen een bijzondere plaats in omdat zij niet alleen professional zijn, maar ook manager van een 'instelling', de apotheek (Wagner, et al, 1995). Op het gebied van kwaliteit nemen zij eveneens een aparte plaats in omdat zij ook fysieke producten leveren. Apothekers zijn hierdoor vertrouwd met het feit dat een deel van hun beroepsuitoefening voor anderen meetbaar is en ook daadwerkelijk gemeten wordt. De apotheek kan momenteel beschouwd worden als een 'gemengd bedrijf' dat zowel producten als diensten levert. Dit heeft consequenties voor de aard en de invulling van kwaliteitszorg in de apotheek (Van de Vaart, 1997).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

6.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 31 december 1998 zijn er 3785 apothekers geregistreerd in het BIG-register. Hiervan werken 2166 apothekers in de openbare farmacie als apotheker of tweede apotheker en 367 in ziekenhuizen. De overige apothekers zijn werkzaam in de farmaceutische industrie, de wetenschap, het (beroeps)onderwijs, instituten en laboratoria (OSA-publicatie ZW2, 1999).

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

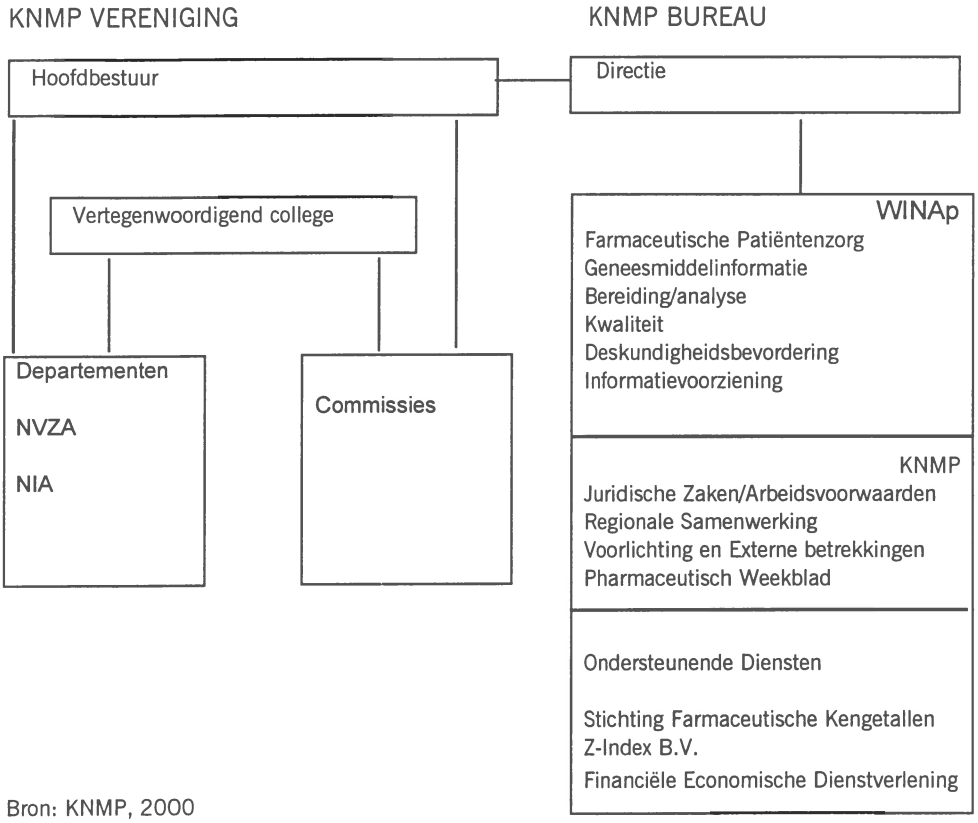
Organisatiestructuur
De beroepsorganisatie van de openbare apothekers is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP) (figuur 6.1). De KNMP behartigt de beroeps-, sociale en economische belangen van haar leden. Zij richt zich tevens op de bevordering van een goede geneesmiddelenvoorziening en op de wetenschappelijke beoefening van de farmacie. In het kader van dit laatste is in 1996 het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) opgericht (KNMP, 1998).

In 1997 was de KNMP onderverdeeld in 23 departementen, verspreid over het land. Daarnaast zijn er twee subverenigingen met de status van departement die onder het KNMP ressorteren. Dit zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en de Vereniging Nederlandse Industrie apothekers (NIA). Dit zijn beide verenigingen met een kleine 400 leden[#].

De KNMP wordt geleid door een hoofdbestuur, dat bestaat uit 8 apothekers die door en uit de leden worden gekozen voor maximaal 2 perioden van drie jaar. Het bestuur laat zich adviseren door een aantal vaste beleidscommissies en door het Vertegenwoordigend College, dat bestaat uit de voorzitters van de departementen en van de vaste commissies. Daarnaast zijn een aantal uitvoeringsgerichte commissies actief op specifieke terreinen (Van de Vaart, 1997).

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNMP

Figuur 6.1 Organisatieschema van de KNMP



Bron: KNMP, 2000

6.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid van apothekers wordt ontwikkeld door de KNMP. Eind 1991 verscheen het KNMP-beleidsplan 'Apotheek Kwaliteitszaak', waarin een integraal beleid voor de daarop volgende jaren werd geformuleerd (KNMP, 1991). Begin 1992 volgde hierop een interne discussienota onder de titel 'Kwaliteit van Farmaceutische Zorg', waarin het kwaliteitsbeleid nader werd uitgewerkt. De inzet van deze nota kon als volgt kort en bondig geformuleerd worden: De apotheker levert verantwoorde zorg en toont dat aan. Aan de verwezenlijking van het kwaliteitsbeleid wordt sindsdien langs vier sporen gewerkt (Van de Vaart, 1995). Dit zijn de volgende:

- het bevorderen van normen, standaarden en richtlijnen, die het begrip verantwoorde farmaceutische zorg nader uitwerken en kwaliteitsniveau

omschrijven dat apothekers willen garanderen ten aanzien van door hen geboden farmaceutische zorg;
- het bevorderen van de totstandkoming van kwaliteitssystemen in de apotheek, met behulp waarvan het hiervoor bedoelde kwaliteitsniveau aantoonbaar gerealiseerd wordt;
- het bevorderen van interne en externe kwaliteitsbeoordeling, met behulp waarvan kwaliteit kan worden gemeten op een zodanige wijze dat de resultaten een in de ogen van alle belanghebbenden betrouwbaar beeld geven van de feitelijk geleverde kwaliteit en een basis kunnen vormen voor verdere kwaliteitsverbetering;
- het bevorderen van nascholing voor apothekers en apothekersassistenten, voortbouwend op de primaire opleiding en de registratieperiode.

Om het kwaliteitsbeleid van de apotheken in kaart te brengen is in 1994 door het NIVEL geïnventariseerd over welke schriftelijke documenten ten aanzien van kwaliteitszorg apotheken beschikten, zoals een kwaliteitsbeleid op schrift, kwaliteitswerkplannen, kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitshandboek. In tabel 6.1 is te zien welk percentage van de respondenten destijds over dergelijke documenten beschikte dan wel bezig was met de ontwikkeling ervan (Wagner et al, 1995)

Tabel 6.1 Percentage apotheken dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=65)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	57	6	37	-
Productomschrijvingen	48	12	39	1
Kwaliteitsbeleid op schrift	43	17	39	1
Kwaliteitswerkplan	37	15	48	-
Kwaliteitsjaarverslag	88	6	5	1
Kwaliteitshandboek	29	34	35	2

Bron: Wagner et al, 1995.

Uit de tabel blijkt dat kwaliteitswerkplannen destijds het meest frequent aanwezig waren. Bijna tweederde van de apothekers had concrete kwaliteitswerkplannen voor de apotheek opgesteld of was hiermee bezig. Kwaliteitsjaarverslagen werden toen nog slechts door een klein deel gemaakt, 11% legt in 1994 verantwoording af via een kwaliteitsjaarverslag of is bezig het te ontwikkelen. Een missie op schrift was bij 37% aanwezig, en 6% werkte aan het ontwikkelen ervan. Een productomschrijving en een kwaliteitsbeleid op

schrift waren bij 39% van de apotheken aanwezig en bij respectievelijk 12% en 17% in ontwikkeling.
Uit dit onderzoek bleek verder dat door apotheken in vergelijking met andere zorginstellingen vaker een kwaliteitswerkplan was ontwikkeld (48% versus 18%) en vaker een kwaliteitshandboek aanwezig was (35% versus 5%). Een missie of visie op schrift bleek minder vaak te zijn opgesteld bij de apotheken (37% versus 74% bij zorginstellingen) (Wagner et al, 1995).

6.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Zoals hiervoor beschreven houdt de KNMP zich sinds de jaren negentig bezig met het formuleren van normen en standaarden, het ontwikkelen van een integraal kwaliteitssysteem, het ondersteunen van kwaliteitskringen, het bevorderen van bij- en nascholing en de certificatie (Van de Vaart, 1997).
Achtereenvolgens worden de volgende kwaliteitsactiviteiten besproken: protocollen en standaarden, NAN-normen, beroepscode, intercollegiale toetsing, farmacotherapie-overleg, nascholing, registratie, patiëntenvoorlichting, medicatiebegeleiding, opsporing en evaluatie van bijwerkingen, farmaceutische patiëntenzorg en -thuiszorg en certificatie.

6.4.1 Normen en criteria

Protocollen en standaarden
In het onderzoek van Wagner et al uit 1994 is het hanteren van protocollen en standaarden geïnventariseerd onder 65 apotheken. In tabel 6.2 is weergegeven in hoeverre procesbeheersing door normering plaatsvindt.

Tabel 6.2 Percentage apotheken dat onderstaande protocollen of standaarden hanteert (N=65)

Protocollen/standaarden m.b.t.:	
medicijnbereiding	95
medicijn-/voorraadbeheer	76
specifieke verrichtingen	65
cliëntenvoorlichting	52
medicatiebegeleiding	52
receptbehandeling (aanname tot aflevering)	42
vrije verkoop van geneesmiddelen	38
optreden aan de balie	29
contacten/samenwerking met voorschrijvende artsen	19

Bron: Wagner et al, 1995

In 1994 was de medicijnbereiding al in vrijwel alle apotheken vastgelegd in protocollen. Bij ruim tweederde van de apotheken bestonden destijds ook protocollen voor het beheren van de medicijnvoorraad en voor specifieke handelingen. Voorlichting aan cliënten en medicatiebegeleiding was bij ruim de helft van de respondenten protocollair vastgelegd. Bij iets minder dan de helft (42%) bestonden protocollen voor de afhandeling van receptuur. Relatief weinig apotheken (19%) hadden in 1994 hun samenwerking met voorschrijvende artsen in protocollen of standaarden geregeld (Wagner et al, 1995).

Nederlandse Apotheek Norm

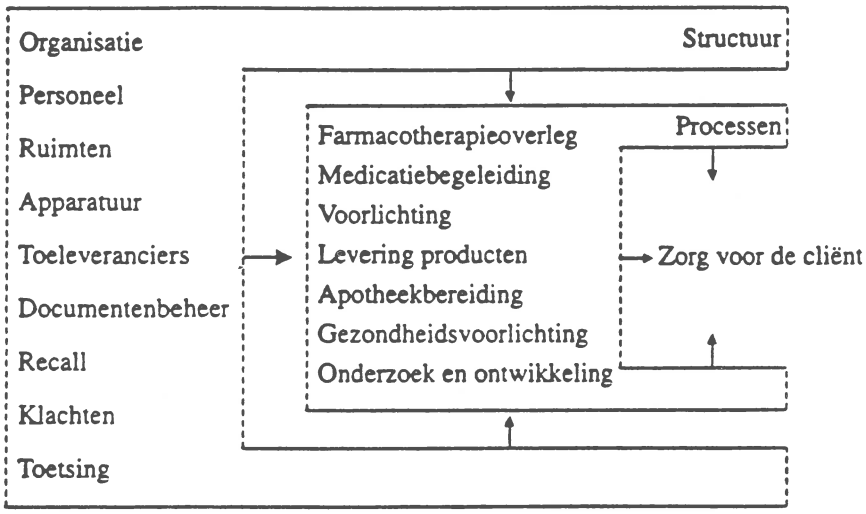
In 1992 ontstond in het kader van het nieuwe kwaliteitsbeleid behoefte aan een ander type normen dan de tot die tijd geldende AWEK-normen. De meerderheid van deze AWEK-normen hadden betrekking op de apotheekbereiding. De zeer gedetailleerde en technische beschrijvingen pasten niet meer in het nieuwe kwaliteitsbeleid. Gewenst waren meer omgevingsgerichte beschrijvingen van wat onder goede farmaceutische zorg kon worden verstaan. Vanuit die gedachte is de Nederlandse Apotheek Norm (NAN) opgesteld door de commissie Farmacie en Kwaliteit. Met het opstellen van de NAN is de commissie uitgegaan van de bestaande AWEK-normen. Inhoudelijk richt de NAN zich alleen niet meer op de kwaliteit van het geneesmiddel als product of op het logistieke afleverproces, maar op de huidige primaire processen in de apotheek en de randvoorwaarden.

De NAN-normen zijn in twee hoofdgroepen onderverdeeld (Van de Vaart, 1995):

1. Normen die betrekking hebben op de farmaceutische zorgverlening (procesnormen). Hieronder wordt verstaan de zorg gericht op de individuele patiënt, te weten patiëntenvoorlichting, medicatiebegeleiding, distributie en bereiding. Daarnaast zijn er bepalingen over FTO, gezondheidsbevordering en preventie en over onderzoek en ontwikkeling.
2. Normen die betrekking hebben op de apotheek als organisatie, te weten personeel, ruimte, apparatuur, toeleveranciers en documentatie (structuurnormen). Hier komen ook de afhandeling van klachten en fouten, alsmede vormen van interne en externe toetsing als aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering aan bod.

De relatie tussen beide groepen wordt in figuur 6.2. weergegeven.

Figuur 6.2 Proces- en structuurnormen



Bron: KNMP, 1996

In de NAN wordt aangegeven welk kwaliteitsniveau een apotheek verondersteld wordt te kunnen halen. Er wordt echter niet in aangegeven langs welke weg of via welke middelen dat dient te gebeuren. Dat is in de eerste plaats een zaak van de individuele apotheker. Om apothekers hierin een richting te geven, zijn onderdelen van de NAN uitgewerkt in technische richtlijnen. Het staat apothekers vrij om de NAN op een alternatieve wijze te verwezenlijken, mits deze tot hetzelfde kwaliteitsniveau en dezelfde zekerheid hierover leidt. De NAN wordt daarnaast uitgewerkt in de vorm van zorgstandaarden voor patiënten met bepaalde aandoeningen. Hierin wordt beschreven welke zorg de apotheek kan leveren aan patiënten met die aandoening (Van de Vaart, 1997).

Eind 1994 was het concept van de NAN klaar, waarna een uitgebreide commentaarronde binnen de kring van apothekers volgde. De NAN werd vervolgens in april 1996 aanvaard en vastgesteld door de Algemene Vergadering van de KNMP na uitgebreide consultatie bij betrokken veldpartijen. Analoog aan de ontwikkeling van de NAN kwam in 1997 de Ziekenhuis Apotheek Norm (ZAN) tot stand en in 1998 de norm Farmaceutische Zorg in Verpleeghuizen, deze laatste in samenwerking met de NVZA, de NVVZ en de NVVA (Van de Vaart 1997, KNMP 1998, NVVZ 1998).

Beroepscode en gedragsregels
In 1951 zijn door de KNMP voor het eerst ethische regels opgesteld. Deze zijn herzien in 1994 en vormen sindsdien een beroepscode, die geldt voor alle

apothekers die lid zijn van de KNMP. Deze beroepscode wordt gevolgd door een aantal gedragsregels, die samen de attitude van de openbare apotheker bepalen ten opzichte van zijn professie, zijn patiënten/cliënten, zijn collegae, zijn medewerkers, andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraar. Tevens kan de Raad van Tucht in het kader van het Pharmaceutisch Tuchtrecht op de beroepscode zijn uitspraken baseren (Van de Vaart 1997, SHKZ 1997).

6.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Deelsystemen

In 1994 zijn door het NIVEL in het hiervoor besproken onderzoek tevens diverse deelsystemen van apotheken op het gebied van dienstverlening, organisatie en cliënten en voorschrijvers geïnventariseerd. De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een steekproef van 10% van de leden van de KNMP, met als respons 42%. Uit dit onderzoek is gebleken dat apothekers actief bezig zijn met activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering (Wagner et al, 1995). In tabel 6.3 is te zien hoeveel apotheken destijds deelsystemen ontwikkeld hadden, in hoeverre deze een cyclisch verloop hadden en of zij ingebed waren in een kwaliteitssysteem. Scholings- en (her)registratieactiviteiten ontbreken in de tabel. Dit betekent niet dat er destijds op deze gebieden geen activiteiten ontwikkeld werden.

Tabel 6.3 Percentage apotheken dat deelsystemen ontwikkeld heeft, waarbij het deelsysteem cyclisch functioneert en waarbij het is ingebed in een kwaliteitssysteem (N=65)

	ja	cycl.	syst.	nee	missing
intercollegiale toetsing/visitatie	55	23	14	8	-
geautom.systeem voor individuele voorlichting	22	-	33	44	-
over gebruik, (bij)werking van medicijnen					
medicatiebewaking	52	-	48	-	-
farmacotherapeutisch overleg	43	38	19	-	-
interne audits	34	6	5	43	12
apotheker informatiesysteem	20	2	17	49	-
functionerings-/beoordelingsgesprekken	35	14	14	21	15
klachtenregistratie/behandeling	31	1	9	52	6
tevredenheidsonderzoek gebruikers	35	8	3	49	5
tevredenheidsonderzoek medewerkers	52	12	5	28	3
tevredenheidsonderzoek voorschrijvers	19	2	-	71	9
behoefteonderzoek gebruikers	14	3	-	79	5
behoefteonderzoek voorschrijvers	5	1	-	88	6

Bron: Wagner et al, 1995.

Vanuit de KNMP is op een aantal van deze activiteiten de nadruk gelegd omdat deze in het door hen geformuleerde kwaliteitsbeleid opgenomen zijn. De stand van zaken van deze KNMP-activiteiten (inclusief activiteiten die in dit beleid opgenomen zijn maar niet in de tabel) wordt hierna besproken en de activiteiten worden inhoudelijk toegelicht.

Intercollegiale Toetsing
Sinds 1976 werd door de KNMP intercollegiale toetsing tussen de openbare apothekers georganiseerd. De toetsers waren collega-apothekers. Deelname aan intercollegiale toetsing gold als een zwaarwegend advies vanuit de KNMP. Begin jaren '90 is dit systeem verlaten. Vanuit de apothekers klonk steeds meer kritiek op de bestaande methodiek: te vrijblijvend, te veel een momentopname en te subjectief. In plaats daarvan zijn kwaliteitskringen opgericht (SHKZ, 1997).

Kwaliteitskringen bestaan uit tien tot twintig apotheken die gezamenlijk datgene ontwikkelen dat ieder lid van de kring nodig heeft om aantoonbaar aan de NAN te voldoen. Bij het opzetten van de kringen werd getracht zo veel mogelijk aan te sluiten bij bestaande structuren zoals de lokale apothekers verenigingen. Het enthousiasme onder apothekers om deel te nemen aan een kwaliteitskring was groot. Eind 1995 waren er al rond de 100 kwaliteitskringen. In 1996 vormden zich nog nieuwe kringen op plaatsen waar tot dan toe geen initiatieven waren genomen. Medio 1996 waren er circa 120 kringen met gemiddeld ongeveer 12 aangesloten apotheken. Meer dan 90% van alle apotheken is sindsdien lid van een kring (Van de Vaart, 1997).
De kwaliteitskringen beslissen zelf welke onderwerpen ze op de agenda zetten. Het gaat daarbij niet alleen om evaluatie en verbeteren van de kwaliteit van de bestaande zorg, maar zeker ook om het verder ontwikkelen van de zorgfunctie van de apotheek. De kwaliteitskringen kunnen daarbij instrumenten voor zelfevaluatie gebruiken, die door het WINAp ter beschikking worden gesteld. Tevens is een voorbeeld-documentensysteem op CD-rom ontwikkeld om apotheken te helpen bij het opzetten van een certificeerbaar kwaliteitssysteem[#].

Farmacotherapieoverleg
Begin jaren negentig heeft het bevorderen van gestructureerd farmacotherapieoverleg (FTO) tussen artsen en apothekers veel aandacht gekregen. In tal van lokale situaties bestond een dergelijk overleg toen al geruime tijd. Doel van het FTO is te komen tot een rationeel voorschrijf en afleverbeleid, waarbij wordt gestreefd naar een optimale therapie met geneesmiddelen en medische

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNMP

hulpmiddelen, tegen zo laag mogelijke kosten. Afspraken ten aanzien van keuzen van geneesmiddelen worden sindsdien vaker vastgelegd in een lokaal of regionaal formularium (Blijleven 1996, Van de Vaart 1997).

Ruim 80% van de huisartsen en apothekers vindt het FTO zinvol tot zeer zinvol. Veranderingen die het FTO heeft bewerkstelligd liggen voor de huisartsen deels anders dan voor apothekers. Huisartsen geven aan mede door het FTO een beter inzicht te hebben gekregen in het eigen prescriptiescala en dat de relatie met andere huisartsen en met de apotheker is verbeterd. Apothekers zijn mede door het FTO meer aan medicatiebewaking en medicatiebegeleiding gaan doen. Daarnaast geven zij aan dat zij nu bij vragen sneller contact opnemen met huisartsen uit de groep. Een andere verandering die door zowel huisartsen als apothekers gesignaleerd wordt is het feit dat beiden meer zicht hebben gekregen op de taakverdeling tussen beide beroepsgroepen. Iets minder positief is de mening van huisartsen en apothekers over de efficiëntie van het FTO. Tweederde van de respondenten vindt dat het FTO efficiënt verloopt. Acht procent is er minder tevreden over en vindt de resultaten niet concreet genoeg (Kocken et al, 1998).

Nascholing

Voor apothekers is het volgen van nascholing verplicht om voor herregistratie in aanmerking te komen. Ze moeten een aantal nascholingspunten verzamelen door het volgen van daartoe geaccrediteerde cursussen. Het systeem van registratie en herregistratie is inmiddels zo ingeburgerd dat de vraag naar nascholing in de jaren negentig sterk is toegenomen. Het aanbod houdt hiermee gelijke tred zodat er geen sprake is van een knelpunt. De KNMP geeft jaarlijks een overzicht van geaccrediteerde cursussen en verzorgt de organisatie en administratie van veel van deze cursussen. In 1997 bezochten apothekers met name de regionaal georganiseerde nascholingen in groten getale. De onderwerpen farmacotherapie en farmaceutische patiëntenzorg stonden het meest in de belangstelling. (Van de Vaart 1997, KNMP 1998).

Voor apothekersassistenten organiseerde de KNMP een Voortgezette Opleiding in de avonduren. Deze duurde twee jaar, waarbij een keuze gemaakt kon worden uit vier richtingen: de farmacotherapeutische richting, de ziekenhuisrichting, de bereidingstechnische richting en de chemisch-analytische richting. Het onderwijs werd gegeven door praktiserende apothekers. Jaarlijks volgden circa 600 cursisten de opleiding. Assistenten die een diploma in één van de richtingen behaalden, kregen loonsverhoging.

Daarnaast is een cursusaanbod ontwikkeld door het Farmaceutisch Studiecentrum Nederland, een initiatief van de KNMP en de Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA), waarin apothekers en assistentenbonden samenwerken.

Ook hiermee kunnen nascholingspunten worden verzameld, die leiden tot financiële voordelen (Van de Vaart, 1997). In 1999 heeft de KNMP de Voorgezette Opleiding overgedragen aan de SBA[#].

(Her)registratie
De KNMP kent sinds 1986 een registratieregeling voor openbare apothekers. Dit houdt in dat een opleidingsprogramma moet worden doorlopen waarin daadwerkelijk ervaring moet worden opgedaan met de onderwerpen die in het registratieprogramma zijn vastgelegd, terwijl tegelijk praktijkervaring wordt opgedaan. De registratie wordt elke vijf jaar vernieuwd, waarbij moet worden aangetoond dat men in de achterliggende periode in voldoende mate in de praktijk werkzaam is geweest en tevens voldoende nascholingspunten zijn verzameld. De regelgeving van (her)registratie van apothekers is ontworpen door het Centraal College, een orgaan binnen de KNMP. Daarnaast is er de Registratiecommissie die de uitvoering van de registratie verzorgt (Van de Vaart 1997, KNMP 1998).

Samenwerking apothekers, eerste en tweede lijn
Een belangrijk punt in de samenwerking tussen apotheker, huisarts en specialist is afstemming van het geneesmiddelenbeleid. In de praktijk blijken voorschriften voor geneesmiddelen van huisartsen en medisch specialisten onvoldoende op elkaar afgestemd te zijn. Op lokaal niveau wordt de komende jaren aan inhoudelijke afstemming gewerkt via het zogenoemde farmacotherapeutisch transmurale overleg (FTTO). In het FTTO overleg participeren zowel huisartsen en apothekers als medisch specialisten en de ziekenhuisapotheek, met als doel tot een transmuraal formularium te komen en een structuur op te zetten waarin dit formularium kan worden toegepast en geëvalueerd. Er zijn in 1999 diverse FTTO-projecten, 'proeftuinen', op experimentele basis opgezet met een looptijd van één jaar en gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De bedoeling van deze proeftuinen is uit een variëteit van experimenten af te leiden welke structuren in de praktijk mogelijk zijn en welke effecten men mag verwachten van bepaalde structuurveranderingen. Aan de proeftuinen zijn vanuit het ministerie drie voorwaarden verbonden, te weten: samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, het bevorderen van doelmatig voorschrijfgedrag en de verzekeraar als regisseur (NIVEL/SEO, 1999).

Patiëntenvoorlichting
Het mondeling en schriftelijk verstrekken van informatie en advies over de eigenschappen en over optimaal gebruik van geneesmiddelen is de kerntaak

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNMP

van de apotheker. De geschreven informatie is voor een belangrijk deel afkomstig van de leveranciers van de producten, in de vorm van de wettelijk verplichte bijsluiter. In veel apotheken wordt daarnaast gewerkt met eigen schriftelijke informatie. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de fabrieksbijsluiter voor de patiënt te moeilijk leesbaar is of wanneer het voorgeschreven middel in de praktijk zelf is bereid.
Informatie die essentieel is voor een juist en veilig gebruik van geneesmiddelen wordt mondeling toegelicht. De omvang daarvan wordt afgestemd op de voorkennis en de informatiebehoefte van de patiënt. Daarnaast wordt voorlichting gegeven in het kader van zelfzorg. Dergelijke adviezen zijn niet in de eerste plaats gericht op het afleveren van een geneesmiddel, maar op het verantwoord omgaan met een aandoening (Van de Vaart, 1997).

Medicatiebegeleiding door automatisering
Onder medicatiebegeleiding wordt verstaan het tijdig signaleren, beoordelen en afhandelen van mogelijke problemen met betrekking tot het afleveren van een voor de cliënt onbekend geneesmiddel, dosering, interacties met andere geneesmiddelen, dubbelmedicatie, contra-indicatie en onbedoelde of ongewenste veranderingen in het gebruik van geneesmiddelen.
Een goede bewaking tegen het optreden van dergelijke problemen is alleen mogelijk met behulp van automatisering. Hiervoor is speciale apotheeksoftware nodig waarmee per patiënt een medicatiehistorie kan worden bijgehouden. Wanneer een geneesmiddel dreigt te worden afgeleverd dat tot problemen zou kunnen leiden, wordt een signaal gegenereerd. Het is voor het functioneren van dit systeem van belang dat de medicatiehistorie van een patiënt volledig is. Patiënten dienen hiervoor één apotheek te kiezen en daar al hun medicijnen te halen, wat overigens meer dan 90% van de patiënten ook doet (Van de Vaart, 1997).

Opsporing en evaluatie van bijwerkingen
Ondanks goede patiëntenvoorlichting en medicatiebegeleiding kunnen er ongewenste (bij)werkingen van geneesmiddelen optreden. Apothekers houden daarom systematisch toezicht op alle gewenste en ongewenste (bij)werkingen van geneesmiddelen zodra deze op de markt zijn gebracht. Dit doen zij door evidente en vermoede bijwerkingen die door patiënten in de praktijk spontaan of desgevraagd worden gemeld, systematisch te registreren en te evalueren. Bevindingen worden doorgegeven aan een regionaal steunpunt van de Stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (LAREB), ten behoeve van follow-up en farmaco-epidemiologisch onderzoek (De Koning et al 1996, Van de Vaart 1997).

Farmaceutische patiëntenzorg
De farmaceutische zorg is in het afgelopen decennium een nieuwe ontwikkelingsfase ingeslagen, die internationaal ook sterk in de belangstelling staat. Dit is de farmaceutische patiëntenzorg, waarin niet meer het geneesmiddel maar de patiënt en diens zorgbehoefte als uitgangspunt gelden. De farmacotherapie wordt beschouwd als een middel om bepaalde doelen ten aanzien van gezondheid en welbevinden aantoonbaar te bereiken. In deze benadering nemen apothekers (mede)verantwoordelijkheid voor de uitkomst van de farmacotherapie, de gezondheidswinst of de toegenomen kwaliteit van leven (Van Mil en Tromp 1996, Van de Vaart 1997).

Farmaceutische thuiszorg
In het kader van ziekenhuisvervangende thuiszorg wordt steeds vaker een beroep gedaan op apothekers voor het leveren van bepaalde geneesmiddelen. Het gaat hier bijvoorbeeld om vloeistoffen voor continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD), totaal parenterale voeding en middelen voor epidurale pijnbestrijding. Voor het leveren van dergelijke middelen is in het algemeen een intensievere begeleiding nodig, die in samenwerking met andere disciplines tot stand komt.
Voor het leveren van farmaceutische thuiszorg bestaat thans een netwerk van 27 regionale stichtingen, ondersteund door een landelijke Stichting Farmaceutische Thuiszorg (SFT). Bij deze regionale organisaties zijn één of meer verpleegkundige consulenten werkzaam die niet alleen fungeren als intermediair tussen apotheek en patiënt, maar ook adviseren tussen de overige betrokkenen (wijkverpleegkundige, huisarts, medisch specialist, ziekenhuisapotheker) (Van de Vaart, 1997).

Certificatie
Toen in 1994 de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ) werd opgericht besloot de KNMP te participeren om samen met patiëntenorganisaties en verzekeraars een vorm van externe kwaliteitsbeoordeling voor apotheken te ontwikkelen die het vertrouwen van alle partijen zou hebben. De doelstellingen van de SHKZ zijn:
- te bevorderen dat harmonisatie in de externe beoordeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector plaatsvindt, opdat eenduidig en betekenisvolle uitspraken over de kwaliteit van zorg mogelijk zijn, waarin de wensen van belanghebbenden verifieerbaar en toegankelijk zijn;
- een, onder onafhankelijk voorzitterschap functionerende, commissie in te richten en in stand te houden en deze door de Raad voor Accreditatie te doen erkennen als instelling waarbinnen certificatieschema=s worden opgesteld, welke door de Raad voor Accreditatie als grondslag dienen voor het verlenen van een keurmerk aan de certificaten (Van de Vaart, 1997).

De KNMP heeft aan het bestuur van de SHKZ verzocht om een certificatieschema voor openbare apothekers op te stellen. In 1996 werd het certificatieschema door een daartoe ingerichte werkgroep, bestaande uit deskundigen van diverse betrokken sectoren, aan de KNMP aangeboden. De SHKZ-certificering heeft een landelijke erkenning. Eind 1997 waren zes apotheken gecertificeerd en gingen steeds meer apothekers aan de slag met de certificering van hun apotheek (SHKZ 1997, KNMP 1998). Dat bleek een tijdrovende aangelegenheid: pas in 1999 begon het aantal gecertificeerde apotheken werkelijk te groeien, tot inmiddels ruim 25. Vele tientallen apotheken zullen dit voorbeeld naar verwachting in 2000 volgen. De meeste daarvan participeren in programma's met een groepsgewijze aanpak, zoals die van de Vereniging Kring Apotheken en van de Apothekersvereniging Grote Rivieren[#].

6.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur

Voor de voorbereiding en de uitvoering van het beleid beschikt de KNMP over een bureau, het KNMP-Centrum met zo'n 100 medewerkers, verdeeld over een aantal afdelingen (zie figuur 6.1). Vanuit hun specifieke deskundigheid ondersteunen de verschillende afdelingen de apotheker in de uitoefening van het beroep, via concrete producten en diensten. Voor een belangrijk deel zijn deze gericht op de beroepsgroep als geheel. De KNMP verzorgt een aanzienlijk aantal uitgaven op papier en op de computer die direct van belang zijn voor een kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening. Voorbeelden hiervan zijn: het Informatorium Medicamentorum, een handboek met farmacotherapeutische informatie over alle in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen, het Formularium der Nederlandse Apothekers, een verzameling landelijk gestandaardiseerde apotheekbereidingen, en het Pharmaceutisch Weekblad (Van de Vaart, 1997). De KNMP Geneesmiddelen Databank, die therapeutische en handelstechnische informatie bevat over geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, is in 1999 omgedoopt tot G-standaard en wordt nu ge-exploiteerd door Z-Index BV[#]. Daarnaast hebben alle afdelingen een helpdeskfunctie op het gebied waarop zij deskundig zijn. Hiervan wordt dagelijks door meer dan 100 apothekers gebruik gemaakt (Van de Vaart, 1997).

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNMP

Het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) is een onderdeel van de KNMP dat opgericht is in 1996. Het WINAp is een objectief instituut dat op wetenschappelijk en inhoudelijk gebied actief is voor de beroepsgroep, vooral in de vorm van het ontwikkelen van standaarden en protocollen. Dit instituut speelt een belangrijke rol in de kwaliteitsbewaking. De doelstelling van het WINAp is de apotheker te ondersteunen bij het structureel invullen van farmaceutische patiëntenzorg en het inspelen op en richting kunnen geven aan maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen (KNMP, 1998).

Positie apotheker
Zoals al in dit hoofdstuk is beschreven hebben de apothekers een aparte positie in vergelijking tot de andere beroepsgroepen die in dit rapport beschreven worden. Zij zijn niet alleen professional maar vervullen ook de rol van 'manager van een instelling'. Dit betekent dat de apotheker niet alleen verantwoordelijk is voor het eigen handelen, maar ook voor het handelen van anderen die werkzaam zijn in de apotheek. Apothekers dragen zorg voor het hele traject van ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem voor de eigen apotheek. De apothekersassistenten zijn degenen die in hun werk en het directe contact met de cliënt de kwaliteit gestalte moeten geven. Apothekers moeten zorgen voor stimulering, scholing en sturing van de assistenten en voor toetsing en verbetering van de farmaceutische zorgverlening.

Tijd en geld
In het onderzoek van Wagner et al is aandacht besteed aan maatregelen die nodig zijn om de continuering van kwaliteitssystemen te stimuleren. Hieruit bleek dat 14% van de ondervraagde apothekers (N=64) financiering van (ontwikkelings)kosten nodig achtte voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Daarnaast waren als gevolg van invoering van kwaliteitssystemen geen kostenbesparingen gerealiseerd. De kosten waren volgens 40% van de respondenten zelfs gestegen. Niet bekend was in hoeverre het ging om aanloop- en ontwikkelingskosten (Wagner et al, 1995).

In de komende jaren zal vanuit de KNMP gewerkt worden aan de praktische uitvoering van het geformuleerde kwaliteitsbeleid. In de eerste plaats gaat het om het aantoonbaar en zichtbaar maken van de kwaliteit zoals die momenteel feitelijk vanuit de apotheek geleverd wordt. Niet alleen technisch-inhoudelijke aspecten staan centraal, maar ook kwaliteitsaspecten die cliënten en verzekeraars belangrijk vinden. Concreet zal de komende jaren verder worden gewerkt aan de uitwerking van de NAN in technische richtlijnen. De kwaliteitskringen zullen worden ondersteund bij de uitbouw van de in de apotheek aanwezige kwaliteitssystemen en zullen worden gestimuleerd die

systemen onafhankelijk te laten beoordelen (Van de Vaart, 1997). Verder zal een kwaliteitsfonds in het leven worden geroepen, waaruit onder meer het uitvoeren van onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit van apotheken door Regionale Patiëntenplatforms zal worden gefinancierd. De hiervoor benodigde kwaliteitscriteria en toetsinstrumenten zijn in 1999 door de NP/CF ontwikkeld en worden momenteel gevalideerd. Landelijke invoering zal per regio plaatsvinden[#].

6.6 Effecten van het kwaliteitssysteem

In het NIVEL-onderzoek van 1994 is zowel gevraagd naar positieve effecten die men bereikt had dankzij de kwaliteitsactiviteiten en welke effecten men toen verwachtte te bereiken. Het ging om effecten op het gebied van tevredenheid, van zowel cliënten als medewerkers, het functioneren van de apotheek en om financiële resultaten. Deze resultaten zijn gepresenteerd in tabel 6.4.

Tabel 6.4 Percentage apotheken dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=65)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
tevredenheid van patiënten en gebruikers:				
toename klantgerichtheid	34	55	6	5
toename tevredenheid gebruikers	14	63	17	6
tevredenheid medewerkers:				
toename tevredenheid personeel	45	35	15	5
toename inzet personeel	31	37	26	6
functioneren van de instelling:				
betere profilering van de instelling	12	75	8	5
betere beheersbaarheid van de instelling	19	55	17	9
financiële resultaten:				
kostenbesparing	9	35	48	8

Bron: Wagner et al, 1995.

Een opvallend positief effect dat in 1994 was bereikt, is dat de tevredenheid van de medewerkers in bijna de helft van de apotheken was toegenomen dankzij de expliciete aandacht voor kwaliteitszorg. In eenderde van de

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNMP

apotheken zette het personeel zich extra in voor het werk. Een ander effect betreft de toename van de klantgerichtheid in de apotheek, die in ruim eenderde van de apotheken te zien was.
Aan het imago van de apotheek had het kwaliteitssysteem volgens de respondenten destijds nog weinig bijgedragen. Wel verwachtte driekwart van de apothekers dat het kwaliteitssysteem tot een betere profilering van de apotheek zou gaan leiden. Kostenbesparingen waren in de apotheken nauwelijks gerealiseerd. Ook de verwachtingen hierover voor de toekomst waren voor de meerderheid niet positief. In hoeverre hier sprake is van aanloop- en ontwikkelingskosten is niet bekend.
In het algemeen kan worden opgemerkt dat de minderheid van de apothekers in 1994 al positieve effecten bereikt had, maar dat de meerderheid deze wel verwachtte in de toekomst (Wagner et al, 1995).

6.7 Conclusies

Apothekers hebben als beroepsgroep in de loop der tijd een kwaliteitssysteem ontwikkeld waarin niet alleen diverse activiteiten ontwikkeld zijn, maar ook een samenhang tussen verschillende activiteiten bestaat. Dit heeft in 1996 geresulteerd in een landelijk erkend certificatieschema waarmee individuele apothekers kunnen werken aan de certificatie van hun apotheek. Een belangrijke rol in deze ontwikkeling heeft de KNMP. De KNMP is van oudsher een sterke beroepsorganisatie die naast algemene taken, concrete producten en diensten levert ter ondersteuning van de individuele apotheker. Sinds 1996 is binnen de KNMP een landelijk bureau opgericht, het WINAp, specifiek voor de wetenschappelijke ontwikkeling van de farmacie. Dit bureau houdt zich vooral bezig met het structureel ontwikkelen van farmaceutische patiëntenzorg. Concreet betekent dit het ontwikkelen van (evidence-based) standaarden en protocollen waarin zo mogelijk ook het cliëntenperspectief wordt meegenomen. Daarnaast levert het WINAp instrumenten voor zelfevaluatie die gebruikt kunnen worden in de kwaliteitskringen. Kwaliteitskringen zijn groepen van gemiddeld 12 apothekers, die naast een evaluerende en verbeterende functie een bijdrage in het ontwikkelen van de zorgfunctie van de apotheek leveren.

In de laatste tien jaren is de aandacht aan het verschuiven van het geneesmiddel naar de cliënt en diens zorgbehoefte. Dit betekent dat de patiënt een structurele inbreng krijgt in zowel de kwaliteitsbewaking als de ontwikkeling van criteria en instrumenten. Een kwaliteitsfonds dat de oprichting van Regionale Patiëntenplatforms moet financieren is in ontwikkeling. Tevens zijn in 1999 door de NP/CF de eerste criteria en instrumenten voor een onafhankelijke beoordeling van kwaliteit ontwikkeld. Deze worden momenteel gevalideerd waarna landelijke invoering per regio kan plaatsvinden.

Daarnaast is de afgelopen vijf jaren gewerkt aan de implementatie van de NAN in de kwaliteitskringen en de uitwerking van de NAN in zorgstandaarden voor patiënten met bepaalde aandoeningen. Ook worden de afspraken met huisartsen over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen steeds vaker in een structureel overleg, het FTO, afgestemd.

Er is nog niet veel onderzoek verricht naar implementatie en effecten van kwaliteitsactiviteiten. Het onderzoek dat er is betreft vooral de implementatie van richtlijnen en protocollen en samenwerking tussen apotheker en huisarts in het FTO. Onder 65 apotheken is in de jaren negentig een eerste onderzoek naar de effecten van een kwaliteitssysteem gedaan. Hieruit bleek dat -in een relatief korte periode na invoering van kwaliteitsactiviteiten- de tevredenheid van de medewerkers in bijna de helft van de apotheken was toegenomen als gevolg van de aandacht voor kwaliteitszorg. Daarnaast was in eenderde van de apotheken een toename van de klantgerichtheid te zien. Een meerderheid van de onderzochte apothekers verwachtte voor de toekomst positieve effecten van het kwaliteitssysteem.

Literatuur

Anoniem, Farmaceutische Zorg in Verpleeghuizen, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1998.

Blijleven, W., Farmacotherapie en doelmatigheid. In: Pharmaceutisch Weekblad. 1996: 131: 41-44.

Brouwer N, Mot E, Zijderveld C, Van Praag B, Van Dijk L, Hutten J, De Bakker D. Vervolg-studie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam, NIVEL / SEO: 1999.

KNMP, Apotheek Kwaliteitszaak: beleidsplan van de Nederlandse Apotheker. Koninklijke Nederlandse Maatschappij r ter bevordering der Pharmacie, Den Haag 1991.

KNMP, Jaarverslag KNMP 1997. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Den Haag 1998.

Kocken, G., R. Etienne, Huisartsen en apothekers zijn tevreden over FTO. Stichting DGV maakt landelijke inventarisatie. In: De huisarts in Nederland. 1998: 1: 11-14.

Koning, G.H.P. de, A.C.G. Egberts, H.G.M. Leufkens en A. Bakker, Post-marketing surveillance in de farmacie: plaats bepaald? In: Pharmaceutisch Weekblad. 1996: 131: 44-49.

Mil, J.W.F. van, T.F.J. Tromp, Pharmaceutical care: de rol van de apotheker in de zorg. In: Pharmaceutisch Weekblad. 1996: 131: 67-70.

Mot ES, Van Praag BMS, Meulenbeek AJG, De Bakker DH, Hutten JBF, Groenewegen PP. Voorstudie evaluatie onderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: NIVEL / SEO, 1999.

Stichting HKZ, Certificatieschema Openbare Apotheek. SHKZ en Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector, Utrecht 1997.

Vaart, F.J. van de, 1995, het jaar van de kwaliteit (I). In: Pharmaceutisch Weekblad. 1995: 130: 394-396.

Vaart, F.J. van de, Commentaar op de NAN. In: Pharmaceutisch Weekblad. 1995: 130: 645.

Vaart, F.J. van de, Kwaliteit van farmaceutische zorg; de openbare apotheek. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. 199. : BII 4.1.1-1 - BII 4.1.1-49.

Wagner, C., D.H. de Bakker, E.M. Sluijs, Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995. NIVEL en NRV, Utrecht 1995.

7 TANDARTSEN

7.1 Inleiding

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg neemt de tandheelkunde een enigszins bijzondere positie in: als deelgebied direct naast de algemeen medische en paramedische zorgverlening, richt de tandheelkundige zorgverlening zich op de gezondheid van de mond en heeft daarbij haar eigen specialismen en praktijkmedewerkers ontwikkeld. Vergelijkbaar met de huisarts in het medisch circuit, heeft de tandarts eveneens een poortwachterfunctie; hij behandelt, delegeert en verwijst en speelt een coördinerende rol in het tandheelkundig zorgproces. De tandartsen en tandarts-specialisten nemen het voortouw bij de bevordering van de Nederlandse tandheelkunde. Om die rol in de toekomst te kunnen blijven spelen, moet de beroepsgroep voortdurend blijven werken aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In de nota 'De professionele standaard' zijn criteria aangegeven voor een goede tandheelkundige zorgverlening. Niet alleen een gedegen opleiding (het bereiken van de professionele standaard), maar ook regelmatige bij- en nascholing, intercollegiaal overleg en internaliseren van praktijkrichtlijnen is van belang. Daarnaast dient een tandarts te beschikken over voldoende vaardigheid en ervaring. Bovendien zijn doelmatigheid, een juiste patiëntbejegening en praktijkorganisatie van invloed op de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening (Van Weert en Kroezen, 1997).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

7.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Eind december 1999 zijn er 7162 tandartsen algemeen practici, 198 kaakchirurgen, 280 orthodontisten, 1600 mondhygiënisten en 200 tandprothetici werkzaam in Nederland. Van de tandartsen algemeen practici is 81% lid van de NMT[#]. De tand-

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

artspraktijk beschikt over een gemiddeld aantal patiënten van ongeveer 2000. Het aantal patiënten per tandarts verschilt sterk per provincie. Deze patiënten bezoeken minstens éénmaal per jaar de tandarts. De overgrote meerderheid van de tandartsen en tandarts-specialisten zijn vrije beroepsbeoefenaren (Van Weert en Kroezen, 1997). Van de mondhygiënisten werkt het grootste gedeelte in loondienst. Een relatief klein aantal voert een eigen praktijk. Bij de tandprothetici is de verhouding tussen loondienst en een eigen praktijk omgekeerd#.

Organisatiestructuur
De beroepsorganisatie van tandartsen is de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). De organisatiestructuur van de NMT kent vier lagen, de algemene vergadering, de bestuurlijke organen, diverse commissies en werkgroepen en de beroepsbeoefenaren. De NMT heeft drie centrale beleidsterreinen, namelijk belangenbehartiging, kwaliteitsbeleid en dienstverlening. Binnen de beleidsterreinen is een indeling gemaakt in aandachtsvelden waarop werkgroepen actief zijn. Dit zijn voor belangenbehartiging, structuur & financiering, voor kwaliteitsbeleid, scholing & kwaliteit, en voor dienstverlening, praktijk & organisatie. De tandarts-specialisten kennen hun eigen reeks werkgroepen. Daarnaast zijn er nog een aantal overkoepelende commissies en werkgroepen, zoals de Commissie Interne en Externe Communicatie en de Commissie Onderzoeksbegeleiding (NMT, 1998).

7.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Sinds 1989 heeft de NMT door allerlei maatschappelijke veranderingen een nieuwe weg ingeslagen met betrekking tot kwaliteitszorg.
Het eerste uitgangspunt van deze nieuwe aanpak is de keuze voor een brede benadering van de kwaliteitszorg. Dit betekent dat naast het tandheelkundig technisch resultaat van de zorgverlening, ook de praktijkorganisatie en de patiënt-bejegening van belang is. Er wordt daarom ook wel gesproken van een integrale benadering.
Deze benadering resulteert in het tweede uitgangspunt: het gaat om kwaliteitsbevordering en niet alleen om -bewaking. Deze integrale en meer op bevordering dan op controle gerichte benadering vraagt van de beroepsgroep nadrukkelijk een mentaliteitsverandering. Het accent verschuift daarmee van gerichtheid op het individu naar gerichtheid op de totale beroepsgroep.
Het derde uitgangspunt is de grote mate van professionele autonomie van de vrije beroepsbeoefenaren. Zij zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor kwaliteitszorg. De basis voor de professionele autonomie ligt niet alleen in de grote mate van professionele verantwoordelijkheid, maar ook in verantwoording die men daarover moet afleggen. Dit komt tot uiting in het kwaliteitssysteem van de beroepsgroep.
De NMT heeft hierin een faciliterende rol. Zij stelt zich ten doel de wetenschappelijke kennis en kunde, nieuwe inzichten en regelgeving zo toegankelijk, praktisch en

overzichtelijk mogelijk aan tandartsen aan te bieden. Tevens biedt zij de beroepsgroep instrumenten om aan de kwaliteitseisen van artikel 40 van de Wet BIG te voldoen. Door middel van het monitoren van deze activiteiten brengt de NMT alle inspanningen op het gebied van kwaliteitszorg in kaart (Van Weert en Kroezen, 1997).

De ontwikkeling van het nieuwe, integrale kwaliteitssysteem heeft binnen de NMT langs twee lijnen plaatsgevonden.
De eerste lijn was de ontwikkeling van een raamwerk door middel van beleidsnota's waarin de uitgangspunten werden aangegeven. De tweede lijn behelsde het uitzetten van concrete projecten, zichtbaar voor de tandarts in de praktijk.
De ontwikkeling van het raamwerk werd gekenmerkt door drie aspecten. Ten eerste hebben beleidsnota's een belangrijke rol vervuld. Ten tweede wil de NMT dat het kwaliteitssysteem breed gedragen wordt. Elke stap in het ontwikkelingstraject is daarom ter accordering aan de beroepsgroep voorgelegd. Ten derde is het kenmerkend dat een groeimodel is gevolgd, waarbij aanvankelijke uitgangspunten kunnen wijzigen door voortschrijdende inzichten, of door wijzigingen in het overheidsbeleid (Van Weert en Kroezen, 1997).

7.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Met het kwaliteitssysteem tonen tandartsen aan derden wat zij gezamenlijk doen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Het kwaliteitssysteem is gebaseerd op drie hoofdelementen:
- intercollegiale toetsing/overleg;
- bij- en nascholing;
- certificatie.

Een ondersteunende rol bij deze drie elementen vormt het werken volgens algemene en klinische praktijkrichtlijnen.

7.4.1 Normen en criteria

Gedragsregels
In juni 1997 stemde de Algemene Vergadering in met aanpassing van de NMT-gedragsregels. De reden van aanpassing was dat ze niet meer zo goed spoorden met de context waarin de tandarts werkt, als gevolg van de nieuwe wetgeving en andere ontwikkelingen in de afgelopen jaren. In de nieuwe versie van de gedragsregels is op een andere wijze, aansluitend bij de WBGO, aandacht besteed aan de relatie tussen tandarts en patiënt. Verder kregen kwaliteitszorg, arbeidsomstandigheden en zorg voor het milieu een plaats in de gedragsregels en werd het onderwerp 'publiciteit' aangepast (NMT, 1998).

Praktijkrichtlijnen
Binnen de tandheelkunde zijn klinische praktijkrichtlijnen beschikbaar ter ondersteuning van de tandarts bij de uitoefening van zijn beroep. Naast deze tandheelkundige richtlijnen worden bij de NMT algemene praktijkrichtlijnen ontwikkeld. Deze treffen de gebieden patiëntbejegening en praktijkorganisatie (Van Weert en Kroezen, 1997) .

Het uitgangspunt van de NMT bij het ontwikkelen van deze algemene praktijkrichtlijnen is dat dit primair gericht moet zijn op het ondersteunen van de tandarts bij zijn beroepsuitoefening. Voor de naleving is het immers van wezenlijk belang een breed draagvlak binnen de beroepsgroep te creëren. Dit wordt mede bewerkstelligd door bij de ontwikkeling een zorgvuldige procedure te volgen, waarbij zowel deskundigen op het betreffende gebied als tandartsen uit de praktijk voldoende worden betrokken. In dit kader zal de NMT zich de komende jaren richten op het ontwikkelen van een netwerk ter consultatie van alle actoren die bij de ontwikkeling van een praktijkrichtlijn zijn betrokken (Van Weert en Kroezen, 1997). In 1995 is de richtlijn tandheelkunde van de Werkgroep Interpreventie (WIP) verschenen. De richtlijn is met instemming van de NMT en de Gezondheidsraad ontwikkeld. In 1997 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek naar de mate van implementatie uitgevoerd. Uit de resultaten bleek dat tandartsen goed op de hoogte zijn van de richtlijn, maar dat de kennis over infectiepreventie, apparatuur en desinfectantia vaak beperkt is (IGZ, 1998).

Voorjaar 1997 is de praktijkrichtlijn Verticale verwijzing aan de beroepsgroep toegezonden, vergezeld van informatie voor de patiënt. Uit het aantal nabestellingen is gebleken dat de patiënteninformatie aanslaat (NMT, 1998).
Vervolgens is na een ledenraadpleging op de najaars Algemene Vergadering de praktijkrichtlijn Spoedgevallendienst geaccordeerd, die begin 1998 is ingevoerd. Tevens zijn de praktijkrichtlijnen 'Patiëntendossier', 'Relatie tandarts-mondhygienist' en 'Horizontale verwijzing' ingevoerd. Deze laatste richtlijn wordt momenteel geëvalueerd op naleving en knelpunten[#].
In 1999 zijn er 2 praktijkrichtlijnen ontwikkeld. Dit zijn de richtlijnen 'tandheelkundige röntgenologie' en 'samenwerkingsrelatie tandarts-tandtechnicus'[#].

Met de vakgroep Cardiologie en endodontologie van de KUN heeft de NMT een overeenkomst gesloten ter financiering van een onderzoek naar methoden voor ontwikkeling, implementatie en evaluatie van (klinische) praktijkrichtlijnen voor tandartsen in Nederland. De resultaten van dit onderzoek worden in 2001 verwacht (NMT, 1998). Met de NPCF is de NMT in overleg om criteria te ontwikkelen op het gebied van patiëntbejegening[#].

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

7.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

De drie aspecten waar het kwaliteitssysteem van tandartsen op gestoeld is, zijn toetsing/visitatie, bij- en nascholing en certificatie. Aansluitend hierop wordt gewerkt aan een kwaliteitsinformatiesysteem (KWIS). Achtereenvolgens worden de activiteiten voor toetsing en visitatie, deskundigheidsbevordering, certificatie, herregistratie en informatiesystemen besproken.

Intercollegiale toetsing/overleg

Bij tandartsen heeft het intercollegiaal overleg gestalte gekregen in het Alphamodel, waarbij via onderlinge toetsing door de beroepsbeoefenaren zelf de hulpverlening geëvalueerd wordt. In dit model worden dezelfde fasen doorlopen als bij intercollegiale toetsing. Het Alphamodel is eind jaren tachtig ontwikkeld door de NMT onder de volgende randvoorwaarden, die het model de grootst mogelijke kans van slagen moesten geven:

- het model mocht niet bedreigend zijn, maar moest aantrekkelijk worden gemaakt;
- het model moest eenvoudig zijn zodat groepen er zelfstandig mee konden werken;
- het model diende zowel binnen als buiten de beroepsgroep te worden erkend als model voor kwaliteitsbevordering;
- het model moest kunnen worden toegepast in het gehele proces van zorgverlening.

Dit Alphamodel is in projectvorm opgezet in 1989. Na een pilotfase van één jaar werd besloten tot een tweede fase van drie jaar. De doelstelling van deze tweede fase was om per jaar 30 nieuwe Alphagroepen op te starten. Bij de evaluatie in 1993 bleek dat het project hierin in belangrijke mate is geslaagd. Het aantal groepen bedroeg 87 en de belangstelling nam nog toe. De Algemene Vergadering heeft in 1993 besloten het Alphamodel blijvend in de beroepsgroep te implementeren en uit te breiden (Van Weert en Kroezen, 1997). In juni 1997 zijn met de Omnibus-enquête van het peilstation-onderzoek gegevens verzameld over de belangstelling voor gestructureerd intercollegiaal overleg c.q. toetsing bij algemeen practici. Daaruit bleek dat 49% van de ondervraagden deelnam aan een vorm van intercollegiaal overleg c.q. toetsing en dat 71% daar veel waarde aan hechtte (NMT, 1998). In andere bronnen wordt gesproken over 20% van de tandartsen die op basis van vrijwilligheid deelnemen aan het Alphaproject (IGZ, 1997). Momenteel nemen 1350 tandartsen deel aan het Alphamodel[#].

Een Alphagroep bestaat uit minimaal zeven tandartsen die circa acht maal per jaar bijeen komen. In eerste instantie vindt een intakegesprek plaats van een psycholoog met de deelnemers, waarna door de groep wordt besloten of zij van start gaan. De groep volgt vervolgens de cursus 'Kwaliteitsbevordering voor tandartsen' Deze cursus behelst acht onderdelen die in drie dagdelen worden gedoceerd. De begeleiding van

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

deze cursussen gebeurt door een psycholoog of vanuit andere disciplines. Tijdens de cursus wordt eveneens een inventarisatie gemaakt van de onderwerpen die de individuele groepsleden willen behandelen. Een Alphacyclus duurt in principe een jaar. Elk jaar wordt afgesloten met een evaluatie waarin door de Alphagroepen verslag wordt uitgebracht over het juist doorlopen van de Alphamethodiek en het functioneren van de groep in het algemeen (Van Weert en Kroezen, 1997).

De organisatie rondom het Alphamodel wordt door de NMT verzorgd. Tandartsen die aan het model willen deelnemen schrijven zich in bij de NMT. Werving van deelnemers vindt ook vanuit de NMT plaats. Ter vergroting van het aantal Alphadeelnemers is een telemarketingactiviteit ontwikkeld, die in 1998 in de regio Rotterdam is uitgetest. Tandartsen die daar positief op reageren kunnen direct worden benaderd (NMT, 1998). De telemarketing-test heeft geleid tot werving via brieven in combinatie met enquêtes waarin belangstelling voor deelname geïnventariseerd wordt[#].

In 1997 is het Alphamodel inhoudelijk verbreed en verdiept. Er zijn vijf nieuwe Alphacursussen ontwikkeld: drie cursussen in het kader van de WGBO, een cursus Cariëspreventie en speekselonderzoek en een cursus Beoordeling restauraties zijdelingse delen. Met deze laatstgenoemde twee cursussen is het Alphamodel voor het eerst gericht op de ontwikkeling van methodisch-technische cursussen (NMT, 1998). Inmiddels zijn er 12 cursussen ontwikkeld. Onder andere een toetsingsprogramma op basis van het certificatieschema is in ontwikkeling. Het Alphamodel heeft zich binnen de NMT een plaats verworven als instituut. De deelnemers waarderen het gestructureerde contact met collegae en ook het teambuildingseffect wordt als belangrijk ervaren (Van Weert en Kroezen, 1997).

Onderlinge Visitatie
Voor zowel de algemeen practici als voor tandarts-specialisten zijn in de voorgaande jaren projecten voor Onderlinge Visitatie ontwikkeld. De deelspecialismen hebben hiervoor ieder een eigen methodiek ontwikkeld. Tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen nemen vrijwillig deel aan de door hun eigen wetenschappelijke vereniging opgezette Onderlinge Visitatie. Daarnaast is Onderlinge Visitatie voor centra voor bijzondere tandheelkunde ontwikkeld. Achtereenvolgens wordt de Onderlinge Visitatie bij tandartsen, orthodontisten, kaakchirurgen en voor de centra voor bijzondere tandheelkunde besproken.

Tandartsen hebben in de Algemene Vergadering van 1993, waarin besloten werd het Alphamodel te implementeren en uit te breiden, besloten om nog een andere vorm van intercollegiaal overleg te ontwikkelen. Hiervoor is door een projectgroep een vorm

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

van Onderlinge Visitatie nader uitgewerkt, gelijkwaardig aan en gelijk waardeerbaar als het Alphamodel. Begin 1997 hebben 9 tandartsen-algemeen practicus, afkomstig uit één Alphagroep, deelgenomen aan een visitatieronde om de in 1996 uitgewerkte methodiek te testen. De voorbereidende training hiervoor werd verzorgd door het CBO. Vervolgens is begonnen aan werving van deelnemers aan Onderlinge Visitatie in 12 NMT-afdelingen. In het najaar van 1997 zijn in totaal 83 tandartsen, na het volgen van de voorbereidende training, van start gegaan met visitatie (NMT, 1998). In 2000 zullen tussen de 250 en 300 tandartsen deelnemen aan Onderlinge Visitatie#.

In de orthodontie is de Onderlinge Visitatie gericht op het signaleren van de behoefte aan normen en het toetsen van gebruik. Elke orthodontische praktijk wordt in de gelegenheid gesteld om eens in de vijf jaar te worden gevisiteerd. Deelname aan Onderlinge Visitatie vindt (nog) plaats op basis van vrijwilligheid (NMT, 1999). In 1997 hebben 20 praktijken deelgenomen. Elke deelnemer heeft voorafgaand aan de visitatie de CBO-training gevolgd. Verder zijn er binnen de orthodontie diverse aan intercollegiale toetsing gerelateerde kwaliteitsinitiatieven en -projecten gestart, zoals bijvoorbeeld EURO-QUAL. Dit is een programma waarin op Europees niveau concrete richtlijnen voor een kwaliteitssysteem worden ontwikkeld. De vakgroep Orthodontie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam heeft deze verder uitgewerkt in een kwaliteitshandleiding voor de orthodontische praktijk in Nederland (NMT, 1998). EURO-QUAL en Onderlinge Visitatie voor orthodontisten zijn in wezen complementaire projecten. EURO-QUAL is namelijk gerelateerd aan één van de belangrijkste voorwaarden die aan Onderlinge Visitatie voor orthodontisten is gesteld, te weten dat visitatie tot acceptabele normen moet leiden. Beide projecten dienen te resulteren in een integraal kwaliteitsbeleid voor de orthodontist (NMT, 1999). Momenteel is men bezig om de beide programma's, EURO-QUAL en Onderlinge Visitatie, samen te brengen in een certificatieschema#.

In een samenwerkingsproject tussen de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie (NVMK) en de NMT heeft in 1994 en in 1995 het eerste pilot-project Onderlinge Visitatie plaatsgevonden bij 6 maatschappen Mondziekten en Kaakchirurgie (niet-opleidingspraktijken). Dit project werd intensief begeleid door het CBO. Op basis van ervaringen van deze eerste 6 visitaties werd besloten verder te gaan met de ontwikkeling en implementatie van visitatie in alle praktijken voor Mondziekten en Kaakchirurgie (NMT, 1998). In 1998 en 1999 zijn jaarlijks ongeveer 15 visitaties uitgevoerd. Van de 63 praktijken kaakchirurgie zijn er begin 2000 51 gevisiteerd#.

Voor centra voor bijzondere tandheelkunde wordt in samenwerking met de vereniging

---

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) een systeem van onderlinge visitatie ontwikkeld. Ervaringen met andere visitatieprojecten vormen de basis voor dit te ontwikkelen visitatiesysteem. Kenmerkend voor de bijzondere tandheelkundige zorgverlening is het begeleiden en behandelen van patiënten in (multidisciplinair) teamverband. Er dient rekening gehouden te worden met de grote diversiteit op dit deelgebied. Naast zelfstandige centra zijn er centra binnen de universiteiten en ziekenhuizen. Ook de omvang tussen de centra varieert sterk. Tevens vraagt de visitatie van multidisciplinaire teams weer een geheel eigen benadering (NMT, 1998).

Toetsing grote praktijken/instellingen
Voor instellingen en grote groepspraktijken is in 1997 een nieuwe toetsingsmethodiek ontwikkeld. Met de tandartsen binnen een organisatie wordt op basis van consensus een 'spiegelinstrument' ontwikkeld dat aangeeft op welke aspecten van het tandheelkundig handelen men binnen de instelling wil worden getoetst (NMT, 1998). Deze methodiek is inmiddels toegepast bij de Regionale Instelling Jeugdtandzorg Amsterdam en bij de Koninklijke Landmacht#.

Bij- en nascholing
Het aanbod van bij- en nascholing bestaat uit vele tientallen cursussen die door de Stichting Post Academisch Onderwijs Tandheelkunde (PAOT) jaarlijks aan de tandarts wordt aangeboden. Daarnaast zijn er diverse instanties die cursussen en seminars voor de tandartsen organiseren, al dan niet geaccrediteerd door de Stichting PAOT. Het volgen van bij- of nascholing is voor tandartsen niet verplicht. Wel verwacht men van elkaar dat wordt deelgenomen aan de nascholingsprojecten 'actualisering van de eindtermen', en dat men periodiek op verschillende deelgebieden van de tandheelkunde bij- en nascholing volgt. Ondanks dat er alleen een morele verplichting bestaat valt de belangstelling van tandartsen voor bij- en nascholing niet tegen. De Nederlandse tandarts blijkt gemiddeld circa 3,5 tot 8 dagen per jaar bij- en nascholing te volgen, voornamelijk in de vorm van klinische avonden. Uit een onderzoek van de NMT van 1991 bleken de voornaamste redenen om niet deel te nemen aan bij- en nascholing te zijn: te hoge cursuskosten (21%), te grote afstand tot de cursusplaats (20%) en tijdgebrek (20%) (Van Weert en Kroezen, 1997).

De NMT heeft ervoor gekozen in eerste instantie het beleid te richten op de stimulering en bevordering van het volgen van bij- en nascholing. Zij gaat er vanuit dat het bij- en nascholingsaanbod zowel qua omvang als qua inhoud moet worden aangepast om alle tandartsen in de gelegenheid te stellen regelmatig en substantieel bij- en nascholing te volgen. De NMT zoekt naar vormen van bij- en nascholing die meer toegankelijk zijn en tracht door promotionele ondersteuning tandartsen te

---

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

stimuleren deel te nemen (Van Weert en Kroezen, 1997).
Veel tandartsen vinden het bijvoorbeeld prettig om hun bij- en nascholing in de eigen regio te volgen. Om deze reden is de NMT in 1997 gestart met een platform van regionale contactpersonen bij- en nascholing, om deze activiteiten in de regio's te stimuleren. De NMT biedt hiervoor financiële en praktische ondersteuning. Binnen iedere afdeling van de NMT wordt één persoon aangewezen als contactpersoon bij- en nascholing. Daarnaast is met steun van de NMT door de Stichting PAOT een bulletin ontwikkeld om het aanbod van bij- en nascholing overzichtelijker te maken voor tandartsen en praktijkmedewerkers (NMT, 1998). Dit bulletin is ook in 1999 uitgegeven[#].

Voorbeelden van door de NMT geïnitieerde nascholingsprojecten om gesignaleerde knelpunten op te lossen zijn: 'Vroegtijdige herkenning mondkanker', 'Paro A2' en 'Arbeidsomstandigheden en infectiepreventie'.
Het project 'Vroegtijdige herkenning mondkanker' is uitgevoerd eind 1993 - begin 1994 en was bedoeld om enerzijds de kennis hieromtrent op te frissen en anderzijds de contacten tussen tandartsen algemeen practici en kaakchirurgen te bevorderen. Het totaal aantal deelnemers aan dit nascholingsproject bedroeg 3000 (50% van de totale beroepsgroep) en de totale beroepsgroep heeft door toezending van het informatiemateriaal kennis kunnen nemen van de materie.
Het nascholingsproject 'Paro A2' is gericht op de bevordering van kennis op het gebied van parodontologie onder tandartsen. Een proeffase van het project heeft plaatsgevonden in 1994 onder circa 700 tandartsen. Uit de evaluatie hiervan bleek de cursus inhoudelijk zeer goed te zijn ontvangen. Het inschrijfpercentage is, mede hierdoor, relatief hoog voor een 'niet-verplichte cursus' (30%). De cursus heeft op 11 locaties, verspreid over het land plaatsgevonden.
Het nascholingsproject 'Arbeidsomstandigheden en infectiepreventie' heeft eind 1995-begin 1996 plaatsgevonden en hieraan hebben ruim 5000 tandartsen en assisterenden deelgenomen. De cursus was bedoeld om de tandartsen te ondersteunen bij de implementatie van de richtlijn 'Infectiepreventie' en bij de verplichting om een risico-inventarisatie en -evaluatie in de praktijk uit te voeren. Om de implementatie zo eenvoudig mogelijk te maken had de NMT een instrument ontwikkeld om de risico-inventarisatie en -evaluatie zo gemakkelijk mogelijk uit te voeren en de richtlijn Infectiepreventie vertaald in een overzichtelijke brochure (Van Weert en Kroezen, 1997).
Het nascholingsproject 'Tandheelkundige röntgenologie' vond eind 1997 - begin 1998 plaats. Dit was een soort van 'opfriscursus' waar de vernieuwingen op dit vakgebied naar de huidige stand van de techniek en wetenschap werden gepresenteerd. Hieraan hebben 2700 tandartsen deelgenomen.

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

Herregistratie
De NMT had niet, zoals de (huis)artsen en specialisten een functionerend registratiesysteem waarop bij de herregistratie zou kunnen worden voortgebouwd. Dit impliceerde dat de NMT een eigen systeem zou moeten ontwikkelen. Na een periode van inventarisatie van kwaliteitseisen voor herregistratie bij zusterorganisaties, beschrijving van een eerste concept-herregistratiesysteem en toetsing hiervan in de praktijk, is besloten geen herregistratiesysteem te ontwikkelen maar zich binnen de beroepsgroep te richten op een integraal kwaliteitssysteem. De drie basis-elementen van dit in ontwikkeling zijnde kwaliteitssysteem zijn hiervoor beschreven. Leidraad in dit kwaliteitssysteem is dat de tandarts zelf verantwoordelijk is voor zijn professioneel handelen en de kwaliteit daarvan. De beroepsorganisatie dient hiervoor een infrastructuur beschikbaar te stellen die de regelgeving inzichtelijk maakt en instrumenten aan te reiken die de kwaliteitsbevordering in het dagelijks handelen faciliteert (Van Weert en Kroezen, 1997).

Certificatie
Certificatie is het derde hoofdelement van het kwaliteitssysteem van tandartsen. Onder tandartsen neemt de belangstelling om een kwaliteitssysteem voor de eigen praktijk te ontwikkelen toe. Men verwacht daarmee meer grip te krijgen op de processen die in de eigen praktijk spelen. In 1997 hebben enkele tandartspraktijken hun kwaliteitssysteem laten ISO-certificeren. De NMT heeft hiervoor samen met de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) een concept zelfbeoordelingsschema, c.q. certificatieschema, maatgevend voor tandartspraktijken ontwikkeld. Door middel van een proefproject is onderzocht of het schema compact, praktisch, hanteerbaar en toetsbaar is. Dit project heeft geleid tot de volgende producten (NMT, 1999):
- Een door de beroepsgroep en door externen (HKZ) geaccordeerd beoordelings-/ certificatieschema.
- Ondersteuningsmateriaal om te komen tot een gecertificeerde tandartspraktijk.
- Een training waarin tandartsen begeleid worden bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem dat gebaseerd is op het schema.

Kwaliteitsinformatiesysteem
In 1997 en 1998 is gewerkt aan de voorbereiding en ontwikkeling van het Kwaliteitsinformatiesysteem (KWIS). Het KWIS is momenteel operationeel en heeft de volgende functies[#]:
- Informatiebron over het totale aanbod van en deelname aan intercollegiale toetsing. Terugkoppeling naar de tandartsen vindt plaats met het PAOT-bulletin en de bij- en nascholingsagenda op de NMT-internetsite. In het KWIS kan iedere tandarts persoonlijke overzichten van intercollegiale toetsing vinden ten behoeve

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

van de planning van verdere activiteiten op dit gebied. Ook kunnen individuele vragen van tandartsen met behulp van het KWIS worden beantwoord (NMT, 1998). Het aanbod van en deelname aan bij- en nascholing wordt momenteel ingevoerd. Eind 2000 zou dit afgerond zijn volgens de planning.
- Informatiebron ten behoeve van het kwaliteitsbeleid over de voorkeuren van de beroepsgroep, om op basis daarvan het aanbod van bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en praktijkrichtlijnen verder te kunnen ontwikkelen.
- Praktische en efficiënte administratieve ondersteuning voor de verschillende kwaliteitsprojecten en de voorlichtingsavonden (NMT, 1998).

Automatisering
In 1997 is in het kader van het project Standaardisering Automatisering het Referentiemodel Tandartspraktijk ontwikkeld. Het referentiemodel is een beschrijving van de (geautomatiseerde) administratieve processen in de tandartspraktijk en geeft aan op welke wijze automatisering kan worden ingezet. Het referentiemodel is geschreven met als doel om standaarden te ontwikkelen voor elektronische gegevensuitwisseling en om de administratieve taken op zorginhoudelijk gebied in een tandartspraktijk beter te ondersteunen. Het referentiemodel vormt de basis voor de verdere ontwikkeling van de automatisering binnen de tandartspraktijk (NMT, 1998).

7.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
Bij de NMT zijn in januari 2000 80 personen werkzaam, waarvan 9 bij de afdeling Scholing en Kwaliteit. Voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid zijn tevens diverse commissies en werkgroepen ingesteld. Elk van deze commissies en werkgroepen draagt zorg voor één (of meer) van de drie aspecten van het integrale kwaliteitssysteem. De volgende structuren zijn te onderscheiden:
- Permanente Begeleidingscommissie Scholing & Kwaliteit;
- Werkgroep Bij- en Nascholing;
- Werkgroep Praktijkrichtlijnen;
- Werkgroep Certificatie HKZ;
- Adviesraad Kwaliteitssubsidie;
- Werkgroep onderlinge visitatie bijzondere tandheelkunde (BOB);
- Werkgroep intercollegiale toetsing.

Positie van de beroepsbeoefenaren
Zoals in paragraaf 7.2. al is besproken is het overgrote deel van de tandartsen vrijgevestigd en een klein deel in dienstverband in een instelling of als praktijkmedewerker in loondienst. Tandartsen kunnen ook op meer dan één manier

werkzaam zijn, bijvoorbeeld gedeeltelijk in een eigen praktijk en gedeeltelijk in loondienst bij een instelling.

Tijd en geld
Nadat de minister van VWS in 1996 de NMT subsidie had toegezegd voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de tandheelkunde, gaf zij het beheer van deze gelden in handen van de Ziekenfondsraad. Met de Ziekenfondsraad heeft de NMT vervolgens afspraken gemaakt over criteria en procedures bij de besteding en verantwoording van de gelden in de Ziekenfondsraadcommissie Kwalitand.
Uiteindelijk leidde dit tot een subsidie van maximaal 1,5 miljoen gulden per jaar tot 2001.
Tandartsen zelf geven aan dat tijd en geld belemmeringen vormen voor deelname aan kwaliteitsactiviteiten. Het gaat hierbij vooral om de kosten van deelname aan de betreffende activiteiten, de derving van praktijkinkomsten, het ontbreken van financiële vergoedingen in de tarieven en de drukte in de praktijk[#].

7.6 Conclusies

Sinds de jaren negentig wordt er binnen de tandheelkunde gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem voor de tandartspraktijk. Het uitgangspunt is een integrale benadering van het tandheelkundig technisch resultaat, de praktijkorganisatie en de bejegening van de patiënt. Daarnaast gaat het in het proces van continue kwaliteitszorg niet alleen om kwaliteitsbewaking, maar vooral om kwaliteitsverbetering. De hoofdelementen van het kwaliteitssysteem zijn: bij- en nascholing als vorm van continue educatie, intercollegiale toetsing en certificering. Inmiddels is een certificatieschema voor de tandartspraktijk ontwikkeld volgens het HKZ-model. De kwaliteitsnormen in dit schema zijn opgesteld door alle betrokken partijen (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, inspectie en natuurlijk tandartsen en ketenpartners, waaronder tandartsspecialisten en mondhygiënisten). Ter ondersteuning worden algemene en klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld, zo mogelijk evidence-based. Implementatie van de eerste richtlijnen is geschied door middel van verspreiding, via bij- en nascholing en intercollegiale toetsing. Voor reflectie op het eigen handelen en het verkrijgen van informatie is onlangs het Kwaliteitsinformatiesysteem ontwikkeld.

De aandacht heeft zich in de laatste vijf jaren gericht op het hele scala van kwaliteitsactiviteiten. Het Kwaliteitsinformatiesysteem is operationeel gemaakt waardoor individuele ondersteuning aan tandartsen kan worden geboden. De nadruk bij de ontwikkeling van richtlijnen lag op algemene praktijkrichtlijnen. Een aantal

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de NMT.

hiervan is inmiddels ingevoerd. Beide vormen van intercollegiale toetsing zijn verder ontwikkeld. Het Alphamodel is inhoudelijk verbreed en verdiept en Onderlinge Visitatie is verder geïmplementeerd binnen de beroepsgroep. Op het gebied van bij- en nascholing is gestart met het opzetten van een regionale infrastructuur.
Er is een platform van regionale contactpersonen gestart om bij- en nascholingsactiviteiten in de regio te stimuleren. Wat betreft certificatie is er ondersteuningsmateriaal ontwikkeld om te komen tot een gecertificeerde praktijk en een training waarin tandartsen begeleid worden bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van de kwaliteitsactiviteiten zijn nog nauwelijks voorhanden. Het onderzoek dat uitgevoerd is naar kwaliteitsactiviteiten betreft evaluatie-onderzoek van methoden van intercollegiale toetsing en nascholing. Dit onderzoek beperkt zich tot deelname- en waarderingsgegevens van tandartsen. Onderzoek naar naleving en effecten van richtlijnen is nog niet uitgevoerd. Datzelfde geldt voor onderzoek naar de effecten van toetsing en visitatie.

Literatuur

Berg, van den, E.H., Smits, E.R., Swinkels, H.W.A.M., Verweij, G.C.G., Bruers J.J.M., Van Rossum, G.M.J.M., Van Teeseling, E.W., Tandartsen, tandartsbezoek en tandheelkundige zorgverlening in Nederland. NMT en CBS, Nieuwegein, Voorburg/Heerlen, 1998.

IGZ. Infectiepreventie in de tandartspraktijk. Rijswijk: mei 1998, IGZ.

IGZ. SGZ '97. Rijswijk: IGZ.

NMT, Jaarverslag 1997, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Nieuwegein, 1998.

NMT, Aanvulling op publicatie Kwaliteit binnen de tandheelkunde, Handboek Kwaliteit van Zorg 1997, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Nieuwegein, 1999.

Weert, van C.M., Kroezen, N.M., Kwaliteit binnen de tandheelkunde, Handboek Kwaliteit van Zorg, De Tijdstroom, Utrecht, 1997.

8 VERLOSKUNDIGEN

8.1 Inleiding

In Nederland bekleedt de verloskundige een spilfunctie binnen de verloskundige zorg dankzij de opleiding, de juridische bevoegdheden en de maatschappelijke positie. De verloskundige maakt deel uit van de medische beroepsgroep en heeft een autonome onafhankelijke oordeels- en beslissingsbevoegdheid. Men kan de verloskundige, in tegenstelling tot de paramedische beroepsbeoefenaar, zonder verwijzing consulteren.
In de verloskundige zorgverlening zijn diverse activiteiten ontwikkeld die een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de verloskunde, maar misschien in eerste instantie niet als zodanig herkenbaar zijn. Het gaat hier om inhoudelijke verloskundige activiteiten, zoals de verloskundige indicatielijst, regionale samenwerkingsverbanden, de perinatale audit en echoscopisch onderzoek. Deze activiteiten zijn samengebracht in het Verloskundig Vademecum, dat is ontstaan vanuit de drie verloskundige beroepsgroepen huisartsen, gynaecologen en verloskundigen. Daarnaast zijn er de activiteiten als intercollegiale toetsing en nascholing.

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

8.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroep

Omvang en werksetting
Op 1 januari 1999 zijn er 1.507 praktiserende verloskundigen. Het grootste deel van deze praktiserende verloskundigen is werkzaam in een eigen praktijk (70%). Circa 15% is klinisch werkzaam en 8% (119 verloskundigen) werkt als vaste waarneemster. Daarnaast werkt nog 7% (117 verloskundigen) als wisselende waarneemster. Van het aantal verloskundigen met een eigen praktijk (1049), werkt 13% in een solopraktijk, 24% in een duopraktijk en 63% in een groepspraktijk.
Het aantal werkzame verloskundigen dat lid is van de KNOV bedraagt 1391, dit is ruim 92% van het totaal van de praktiserende verloskundigen (Nivel, 1999).

Bij een normaal verlopende zwangerschap kan de cliënte kiezen waar zij wil bevallen:

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

thuis of in het ziekenhuis. De vrijgevestigde verloskundige begeleidt thuisbevallingen en bevallingen in het ziekenhuis. De thuisbevalling heeft de voorkeur van de overheid. De verloskundige consulteert de specialist in de tweede lijn in geval van een zwangerschap met een verhoogd risico. Eventueel vindt overdracht van zorg naar de tweede lijn plaats wanneer dit volgens de Verloskundige Indicatielijst gewenst is.

Organisatiestructuur
De verloskundigen als beroepsgroep zijn verenigd in de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). De KNOV, toen nog NOV, is in 1975 opgericht na een fusie van twee verloskundigenorganisaties. De KNOV behartigt de belangen van verloskundigen in onderhandelings- en overlegsituaties met overheden, verzekeringen en andere (medische) beroepsgroepen. Het lidmaatschap van de KNOV staat open voor iedereen 'die met goed gevolg het Nederlands examen als verloskundige of een officieel daarmee gelijkgesteld examen heeft afgelegd.'(statuten KNOV)

8.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

De KNOV heeft in 1996 in samenwerking met het ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, voorheen Ziekenfondsraad) een programma 'Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen' opgesteld. Het programma loopt van eind 1996 tot en met 2001. In dit programma zijn er drie hoofdthema's:
- het bevorderen van de thuisbevalling;
- het verlagen van de werkdruk;
- het bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening.

Binnen deze hoofdthema's zijn diverse activiteiten gepland, die in samenhang moeten leiden tot een meer doelmatige en kwalitatief betere verloskundige zorgverlening.

Om het derde doel te realiseren, het bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening, zijn diverse projecten gestart om een instrumentarium te ontwikkelen, zoals intercollegiale toetsing, deskundigheidsbevordering en het ontwikkelen van standaarden.
Eén van de projecten is gericht op de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem als geheel. Er is in 1999 een zogenoemde werkconferentie gehouden waarin keuzes zijn gemaakt over drie aspecten. Ten eerste over de doelen en functies van een kwaliteitssysteem. Vervolgens over de aard van een systematische verbeter- en bewakingsprocedure voor de verloskundige praktijk. Ten slotte over een strategie voor de implementatie van een kwaliteitssysteem.

Het programma wordt uitgevoerd door de KNOV, in samenwerking met het College voor Zorgverzekeringen. Er is een begeleidingscommissie (PROVER) ingesteld om de voortgang van het programma te bewaken. PROVER bestaat uit vertegenwoordigers van de KNOV, Zorgverzekeraars Nederland en VWS (CVZ, 1999).

In deze paragraaf zijn de doelen van het zogenoemde PROVER-programma beschreven. Dit programma omvat meer dan alleen het kwaliteitsbeleid. Vanuit de KNOV wordt buiten dit programma om ook gewerkt aan kwaliteit. Centraal in deze kwaliteitsontwikkeling staat het ontwikkelen van instrumenten, voor zover ze niet in het PROVER-programma ontwikkeld worden. Specifieke doelen heeft de KNOV in het kader van deze kwaliteitsontwikkeling niet geformuleerd.

8.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Zowel binnen het programma 'Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen' als daarbuiten zijn diverse activiteiten ontwikkeld of in ontwikkeling.

8.4.1 Normen en criteria

Standaarden

Binnen de KNOV is door een daartoe ingestelde raad (Verloskundige Adviesraad Standaarden) een methodiek voor het schrijven van standaarden en een implementatietraject ontwikkeld. Tevens stelt deze raad prioriteiten in de onderwerpen die voor een standaard in aanmerking komen. In deze raad zitten zeven verloskundigen en een kwaliteitsmedewerker. Als tot een onderwerp besloten is wordt door de raad een werkgroep ingesteld die het inhoudelijke werk gaat doen bij de standaardontwikkeling (KNOV, 1998).

De eerste standaard wordt momenteel volgens deze methodiek ontwikkeld en nog in 2000 geïmplementeerd. Het ligt in de bedoeling dat medio 2001 de tweede standaard is ontwikkeld en dat aansluitend gestart wordt met het implementatietraject. De derde standaard zal volgens de planning eind 2001 tot en met de conceptfase klaar zijn (CVZ, 1999).

Vademecum Verloskunde/de nieuwe verloskundige indicatielijst

Het Vademecum is in 1999 opgesteld door het Werkoverleg Verloskunde, 'een overlegplatform van de KNOV, de LHV en de NVOG. De ziekenfondsraad heeft zorggedragen voor de coördinatie en de secretariële ondersteuning' (Vademecum, pagina 15).

Het verloskundig Vademecum opent met de volgende mission statement:

'Dit Verloskundig Vademecum is een leidraad voor de verloskundige hulpverlener tot het verstrekken van kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en individueel gerichte verloskundige zorg. Kenmerk van dit Vademecum is het streven naar kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking. Kwaliteit en doelmatigheid zijn bereikt door het maken van evenwichtige afspraken, die zijn gebaseerd op een zo hoog mogelijke graad van wetenschappelijke onderbouwing en besluitvorming door consensus tussen de bij de verloskunde betrokken beroepsverenigingen. De adviezen in het Vademecum kennen een sterke onderlinge samenhang en zijn veelal slechts te implementeren op basis van samenwerking. Daarom is het Vademecum ook gericht op het stimuleren van hechte samenwerking tussen de verloskundige beroepsbeoefenaren.
De afspraken hebben betrekking op de volgende onderdelen:
- Verloskundige samenwerking;
- Kwaliteitsvoorwaarden voor verloskundige beroepsbeoefenaren;
- Verloskundige indicatielijst;
- Verloskundige echoscopie;
- Perinatale audit.'

De verloskundige indicatielijst (VIL) is een onderdeel van het Vademecum en vervangt de VIL uit 1987. Aan het totstandkomen van deze lijst is destijds meegewerkt door de drie beroepsverenigingen die zich in Nederland met de verloskunde bezighouden (NOV, LHV/NHG, NVOG). Desalniettemin werd deze lijst door één van de drie verenigingen (NVOG) afgewezen. In het najaar van 1990 hield het NIVEL een enquête onder verloskundigen, huisartsen en gynaecologen om het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst 1987 te evalueren. De resultaten van dit onderzoek werden in 1991 bekend: duidelijk werd dat gynaecologen deze lijst zelden gebruikten en van mening waren dat deze niet bijdroeg aan de verloskundige samenwerking (Riteco et al, 1991).

Vanaf juni 2000 gaat een Vademecum-carrousel het land door om het Vademecum te implementeren. Vertegenwoordigers van de drie beroepsgroepen hebben het initiatief genomen om het Vademecum te implementeren in de standaard verloskundige zorg in Nederland. Daarvoor hebben zij een workshop ontwikkeld die verspreid over het land aangeboden zal worden aan leden van de drie beroepsgroepen: verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Hiermee willen zij, samen met de besturen van de beroepsgroepen, de beroepsbeoefenaren in het land stimuleren om in de dagelijkse verloskundige praktijk te gaan werken met de uitgangspunten van het Vademecum, inclusief de onderlinge samenwerking.

In de workshop wordt de bedoeling van het Verloskundig Vademecum toegelicht. Het accent ligt op het toepassen van de Verloskundige Indicatie Lijst en in het verlengde daarvan op de verbetering van samenwerking tussen de beroepsgroepen. Aan de hand van praktijkvoorbeelden kunnen de deelnemers oefenen in het hanteren van de

richtlijnen. Zij worden uitgenodigd de huidige praktijk te vergelijken met de bedoeling van het Vademecum.
Het programma is zo opgezet dat het meeste rendement behaald wordt als de workshop gevolgd wordt door een gemengd samengestelde groep, bestaande uit beroepsbeoefenaren uit de drie beroepsgroepen voor wie het Vademecum bestemd is. De workshop beslaat twee dagdelen en wordt 20 maal verspreid over het hele land georganiseerd in de maanden mei, september en oktober 2000 (het KNOV-bulletin, maart 2000).

Handleiding kwaliteitsjaarverslag
Er is door de beroepsgroep een handleiding ontwikkeld voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag voor de verloskundige praktijken. Deze handleiding is verspreid onder alle verloskundige praktijken[1] en later opgenomen in het Handboek Kwaliteit (Daemers et al).
In 1998 heeft de KNOV het gebruik en de kwaliteit van de handleiding geëvalueerd door een evaluatie te verspreiden onder alle verloskundige praktijken. Dit heeft geleid tot een bijstelling van de handleiding. De resultaten hiervan zijn gepubliceerd in 1999 in het Tijdschrift voor Verloskundigen (Sijbrandij et al, 1999).

8.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering
Achtereenvolgens worden de volgende kwaliteitsactiviteiten besproken: intercollegiale toetsing, verloskundige samenwerkingsverbanden, deskundigheidsbevordering, Landelijke Verloskundigen Registratie en verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling.

Intercollegiale toetsing
In 1997 is gestart met het opzetten van een model voor de introductie van intercollegiale toetsing voor de hele beroepsgroep. Om intercollegiale toetsgroepen te begeleiden zijn verloskundigen getraind tot toetsgroepbegeleider. De eerste cyclus basis trainingen is gegeven in de zomer van 1998, de tweede in het voorjaar van 1999. Aan de eerste twee cursussen hebben 73 verloskundigen deelgenomen. Gezien de belangstelling wordt er in 2000 nog een derde cursus gegeven aan 12 nieuwe toetsgroepbegeleiders.
Om de toetsgroepbegeleiders te ondersteunen zijn tot op heden vier toets-programma's[2] ontwikkeld. Dit zijn systematisch uitgewerkte voorbeelden van

---

1 Verloskundigen met een solopraktijk vallen niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Naar de letter van de wet zijn zij dus niet verplicht tot het schrijven van een een kwaliteitsjaarverslag.

2 'Inleiding toetsprogramma's ICT (1998), Toetsprogramma 'uitzuigen pasgeborene' (1998), Toetsprogramma 'hechten' (1998), Toetsprogramma 'het meten van bloeddruk' (1999), Toetsprogramma 'kunstmatig breken van de vliezen' (1999).

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNOV.

toetsonderwerpen. Deze toetsprogramma's volgen de toetscyclus die beschreven is in de 'Handleiding deskundigheidsbevordering middels intercollegiale toetsing'. Voor de inhoud van ieder toetsprogramma is een beperkt literatuuronderzoek gedaan (via Medline, Cochrane en handmatig zoeken).
Uit een inventarisatie van de KNOV is gebleken dat er tot 1999 in 32 kringen één of meerdere toetsgroepen waren gestart. In 2000 wordt nog door 25 kringen aan intercollegiale toetsing gedaan. In verband met de werkdruk waren 7 kringen gestopt. In 6 kringen bestaan meerdere toetsgroepen. In totaal nemen 350 verloskundigen deel aan een toetsgroep. De meerderheid (304) hiervan komt uit de eerste lijn, de rest komt uit de tweede lijn. Het aantal deelnemers aan een toetsgroep ligt tussen de 7 en 15 verloskundigen[#].

Verloskundige samenwerkingsverbanden
Het regeringsstandpunt uit 1987 dat een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de verloskundige zorg noodzakelijk is voor een goede risicoselectie en een goed verloskundig resultaat heeft geleid tot het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Dit experimentele project hield in dat er tien verloskundige samenwerkingsverbanden voor vier jaar werden ondersteund (1991-1996). Van deze tien bestonden er vijf al voor het project van start ging en zijn er vijf opgericht naar aanleiding van het project. De deelnemers kregen begeleiding aangeboden door het toenmalige CBO, nu Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. De omvang en aard van de begeleiding hing af van de behoefte. Als tegemoetkoming in de kosten ontving elk samenwerkingsverband gedurende vier jaar f10.000,- op jaarbasis. In 1996 waren er nog acht samenwerkingsverbanden over. Na evaluatie bleek elk samenwerkingsverband verschillend te zijn. Lokale omstandigheden hadden een grote rol in wie er deel uitmaakten van het samenwerkingsverband, hoeveel deelnemers er waren etcetera. Elk samenwerkingsverband bestond tenminste uit gynaecologen en eerstelijnsverloskundigen, de meeste hadden 20 tot 30 deelnemers en een vaste voorzitter. Centrale onderwerpen in de samenwerkingsverbanden waren afspraken over indicatiestelling, over medisch inhoudelijk beleid en over nascholing. Onderlinge toetsing werd destijds wel haalbaar geacht maar was nog nergens gerealiseerd. Wel werden gezamenlijk doelstellingen afgesproken en schriftelijk vastgelegd. Over het algemeen vonden de deelnemers dat de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn door het project was verbeterd (Meijer et al, 1996). Na 1996 is geen vervolg gegeven aan (evaluaties van) deze samenwerkingsverbanden. Het is onbekend wat er van over is.

Individuele deskundigheidsbevordering
Om de deskundigheid van verloskundigen te verbeteren en vergroten zijn binnen het PROVER-traject diverse programma's ontwikkeld. Er is een programma 'Communi-

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNOV.

catietrainingen' gestart in 1998 ter ondersteuning van het opzetten en uitvoeren van verloskundige samenwerkingsverbanden en voor de introductie van de vernieuwde VIL. Dit programma bestaat uit de volgende trainingen: Basistraining communiceren, Onderhandelen en conflicthantering, Omgaan met klachten en bezwaren, Effectief vergaderen en Presentatietechnieken. Deze trainingen worden aan groepen van maximaal 11 deelnemers op meerdere locaties in het land gegeven. Na afloop worden deze trainingen door de deelnemers geëvalueerd. De trainingen zijn van start gegaan in maart 1998. Sindsdien is iedere training minimaal tien keer gegeven. In totaal hebben 373 verloskundigen aan één of meer van deze trainingen deelgenomen#.
Daarnaast is een cursus 'Tuchtcollege' gestart in 1998. Deze cursus is -vanwege de invoering van de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)- aangeboden aan zittende leden in een tuchtcollege, verloskundigen die aangegeven hebben geïnteresseerd te zijn in deelname en aan de leden van de Klachtencommissie van de KNOV.

Verder organiseert de KNOV jaarlijks twee identieke nascholingsdagen voor verloskundigen en zijn er in de afgelopen jaren carrousels rondgegaan: één over HIV en één over prenatale diagnostiek. De HIV-training wordt in het najaar herhaald. Deze trainingen worden georganiseerd in samenwerking met andere beroepsgroepen.

Landelijke Verloskundigen Registratie
Sinds 1 januari 1985 wordt door de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) bijgehouden. Het merendeel van de verloskundigen en gynaecologen registreert hun verloskundig handelen op de zogenoemde LVR-formulieren, respectievelijk LVR-1 en LVR-2. De LVR hanteert een coderingssysteem dat anonieme afhandeling van de gegevens waarborgt.
De doelen van deze registratie zijn:
- het in beeld brengen van de kwaliteit van de zorg die de individuele verloskundige verleent;
- het in beeld brengen van de kwaliteit van zorg die de beroepsgroepen, of een van de subgroepen verlenen. Onderlinge vergelijking is dan mogelijk.
- een bijdrage leveren aan intercollegiale toetsing zowel binnen een echelon als tussen twee echelons;
- de mogelijkheid scheppen om epidemiologisch onderzoek te verrichten naar de oorzaken van pathologie tijdens de zwangerschap, de bevalling en daarna en naar de prognose van bepaalde verloskundige problemen;
- de mogelijkheid scheppen onderzoek te verrichten ten behoeve van beleid (Bonsel, 1999).

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de KNOV.

Op de huidige LVR bestaan diverse kritiekpunten. Een kritiekpunt is het hoge detailniveau van diverse variabelen. Dit vormt een belemmering voor zowel de rapportage als de interpretatie van de gegevens. Zowel de LVR-1 als de LVR-2 wordt momenteel herzien. De toekomstige LVR is volgens Bonsel een uitkomstgerichte procesregistratie, gericht op de evaluatie van de zorg door verloskundigen. Zowel normale, subnormale als afwijkende uitslagen dienen te worden vastgelegd. Hiervoor is een elektronische registratie en eenduidige definiëring van gegevens, onvermijdelijk en dringend gewenst.
Een tweede kritiekpunt is het gebrek aan de mogelijkheid van koppeling van gegevens van 1 persoon. Deze koppeling is bijvoorbeeld noodzakelijk om een zwangere te volgen wanneer deze van de eerste naar de tweede lijn doorverwezen is (Bonsel, 1999).

VOKS onderzoek (verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling)
Het merendeel van de verloskundigen vult na beëindiging van ieder 'zorggeval' een LVR-formulier in. Jaarlijks ontvangt zij een overzicht van de zorggevallen van het voorafgaande jaar, waarnaast een overzicht van de landelijke cijfers is afgedrukt. Bij de huidige systematiek kunnen de eigen cijfers (= eigen beleid) niet vergeleken worden met bijvoorbeeld landelijke cijfers, of met cijfers van collegae (= hun beleid). De LVR is hierdoor niet bruikbaar voor ICT. In het VOKS-project kunnen praktijkgegevens wel vergeleken worden met landelijke gemiddelden. Een VOKS-bewerking corrigeert de LVR-cijfers voor factoren die van invloed kunnen zijn op de uitkomsten van zorg (bijvoorbeeld: etniciteit, pariteit). De opgeschoonde cijfers kunnen gebruikt worden voor in- en externe toetsing van het gevoerde beleid: door de correctie van verstorende factoren zeggen gecorrigeerde cijfers wel iets over het gevoerde beleid. In 2000 start er een pilot in 10 praktijken. Deze gegevens zullen gebruikt worden voor intercollegiale toetsing (CVZ, 1999).

8.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur van de beroepsgroep
De KNOV kent drie lagen in de organisatie: landelijk, regionaal en kringen. Het landelijk bestuur bestaat uit 8 personen en vergadert eens per drie weken.
Het land is opgedeeld in 11 regio's, die ieder hun eigen regionale vergaderingen houden. Deze regio's zijn autonoom in hun functioneren en bepalen zelf de frequentie en agenda van hun vergaderingen. Formeel zijn de regio's verantwoordelijk voor informatieverspreiding van het landelijk bestuur naar de kringen en vice versa. Bij de regionale vergaderingen is daarom een contactpersoon uit het landelijk bestuur aanwezig. Binnen de 11 regio's bestaan 65 verloskundige kringen. Deze kringen houden zich vooral bezig met lokaal te regelen zaken, zoals overleg met

ziekenhuizen, zorgverzekeraars en kraamcentra, maar ook met zaken als organisatie van de zorgverlening (tekorten onder verloskundigen en parkeerbeleid). Deze kringen zijn autonoom in hun functioneren, bepalen zelf hun agenda en de frequentie van vergaderen. De kringen vaardigen een vertegenwoordiger af naar de regionale vergadering. In een aantal kringen wordt inmiddels gewerkt aan implementatie van intercollegiale toetsing.

Positie van de beroepsbeoefenaren
Uit het recente 'knelpuntenonderzoek' van het NIVEL onder 200 eerstelijns verloskundigen (respons 92%) is gebleken dat deze groep verloskundigen diverse knelpunten ervaart bij hun beroepsuitoefening. In de steekproef waren drie 'typen' verloskundigen opgenomen: vrijgevestigde verloskundigen, wisselend waarnemers en pas-afgestudeerde verloskundigen. Middels telefonische interviews is aan de geselecteerde verloskundigen gevraagd of zij knelpunten ervaren in hun werk en zo ja welke. Uit de interviews is gebleken dat vooral knelpunten op het persoonlijke vlak worden ervaren, zowel door gevestigde verloskundigen (72%) als wisselend waarnemers (62%) en pas-afgestudeerden (56%). Deze respondenten geven aan onvoldoende balans te kunnen vinden tussen werk en privé-leven. Gevestigde verloskundigen ervaren verder met name knelpunten op het personele vlak (70%). Dit houdt in dat zij niet of moeilijk een waarnemer, opvolger of een extra maatschapslid kunnen vinden. Pas-afgestudeerden ervaren voornamelijk knelpunten op het financiële vlak (74%), evenals een grote groep verloskundigen uit solopraktijken of groepspraktijken (meer dan twee verloskundigen). Verder loopt meer dan de helft van de gevestigde verloskundigen en wisselend waarnemers aan tegen problemen op uitvoerend niveau. Dit betreft vooral onvoldoende ondersteuning door de kraamzorg. Gevolgen hiervan zijn dat verloskundigen meer werken dan ze willen en in vicieuze cirkels terechtkomen die niet individueel oplosbaar zijn.

Tijd en geld
Vanaf 1996 is het programma ter bevordering van de doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen gestart. Hiervoor is door het College Voor Zorgverzekeringen een subsidie van 10,5 miljoen gulden beschikbaar gesteld voor de jaren 1996 tot 2001. In deze periode wordt door de KNOV gezocht naar structurele financiering van het kwaliteitsbeleid. Meer nog dan het geld is de tijd waarover verloskundigen beschikken een probleem bij de invoering van kwaliteitsactiviteiten. Dit blijkt ook uit het feit dat 7 kringen vanwege de werkdruk gestopt zijn met de intercollegiale toetsing.

8.6 Conclusie

Binnen de verloskundige zorgverlening zijn op het gebied van kwaliteitszorg, vooral waar het zorginhoudelijke aspecten betreft, voor 1990 al een aantal stappen gezet.

Dit zijn de ontwikkeling van een multidisciplinair protocol, het opzetten van samenwerkingsverbanden en van een landelijk registratiesysteem. Een transmuraal protocol is in 1987 ontwikkeld voor verloskundigen, huisartsen en gynaecologen inzake indicatiestelling. Dit protocol is onlangs herzien en uitgebreid met samenwerking, kwaliteit en toetsing. Ook werd voor 1990 de eerste opzet voor verloskundige samenwerkingsverbanden ontwikkeld, waarin tenminste gynaecologen en verloskundigen participeren. In de jaren negentig zijn een aantal van deze samenwerkingsverbanden op projectbasis van start gegaan. Een landelijk registratiesysteem van gegevens van verloskundig handelen wordt sinds 1985 bijgehouden zodat de kwaliteit van zorg in beeld gebracht wordt.

In de laatste vijf jaren is de aandacht vooral uitgegaan naar het ontwikkelen en uitvoeren van een programma ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid. Binnen dit programma is het kwaliteitsbeleid voornamelijk gericht op het implementeren van intercollegiale toetsing, het ontwikkelen van nascholingscursussen en het opzetten van een verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling op basis van de landelijke registratiegegevens. Op het gebied van protocollering is - met als uitgangspunt het vergroten van het draagvlak - in 1999 een Vademecum Verloskunde uitgebracht als vervanging van het multidisciplinaire protocol uit 1987. Door de beoogde structurele samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen in de samenwerkingsverbanden kunnen problemen eerder gesignaleerd worden zodat betere afstemming zal plaatsvinden.

Onderzoeksresultaten over de implementatie en effecten van de kwaliteitsactiviteiten zijn niet op grote schaal voorhanden. Tot nu toe betreft het vooral onderzoek naar de implementatie van de 'eerste' verloskundige indicatielijst. Op basis hiervan is het multidisciplinaire protocol inmiddels herzien. Onderzoek naar de effecten van richtlijnen op de kwaliteit van proces en outcome is zeer schaars terwijl er binnen de verloskunde - als één van de weinige beroepsgroepen - uitkomstmaten bekend zijn in de vorm van een uitgebreid verslag van het verloop van de bevalling en de gezondheidstoestand van de moeder na de bevalling. Een eventueel verband tussen ondernomen kwaliteitsactiviteiten en uitkomstmaten is nog niet op een wetenschappelijke manier onderzocht.

Literatuur

Bonsel, B., Naar getallen die bevallen; aanpassing van de LVR. Tijdschrift voor Verloskundigen, 1999.

Croon, M., De nieuwe verloskundige indicatielijst: een kunstverlossing. Huisarts en Wetenschap 1999; 42(8) p. 339-340.

Daemers D, Ponds EMH. Handleiding voor het maken van een kwaliteitsjaarverslag. Bilthoven, NOV.

Meijer, W.J., A.J.E. de Veer, P.P. Groenewegen. Verloskundige Samenwerkingsverbanden: Samenvatting van de resultaten van het NIVEL-onderzoek in het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden 1991-1996. NIVEL 1996.

Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Beleidsvoornemens Flankerend Beleid 1998, NOV. 1997.

Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Programma ter bevordering van doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen (PROVER); Voornemens vanaf 1998. NOV, 1998.

Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Beroepsomschrijving Verloskundigen. NOV 1992.

NIVEL. Cijfers uit de registratie van verloskundigen; Peiling 1999. NIVEL 1999.

Riteco, J.A., L. Hingstman. Evaluatie invoering 'verloskundige indicatielijst'. NIVEL 1991.

Sijbrandij M, Daemers D, Emmerik van A. Handleiding voor het kwaliteitsjaarverslag geëvalueerd. Tijdschrift voor Verloskundigen mei 1999:356.

Wiegers, T., Calsbeek, H., Hingstman, L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening: een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelijn. NIVEL 1999.

Ziekenfondsraad. Voortgangsverslag programma Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen. 1999

9 VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

9.1 Inleiding

Verpleegkundigen en verzorgenden (waaronder ook helpenden en zorghulpen) spelen een belangrijke rol bij het handhaven en bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening. Desondanks is tijdens de derde Leidschendamconferentie in 1995 geconstateerd dat verpleegkundigen en verzorgenden ten opzichte van (para)medici een achterstand hebben in het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid voor de hele beroepsgroep (NRV et al, 1995).
Aan deze omstandigheid liggen tal van factoren ten grondslag. Een factor is het ontbreken van een landelijk geaccepteerd referentiekader waarbinnen bestaande activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering een plek kunnen krijgen (Hickox en Wagner, 1999). Een andere factor is de geringere mate van professionalisering van de beroepsgroepen en het gebrek aan financiële middelen voor het grote aantal beroepsbeoefenaren. Daarnaast wordt het implementeren van kwaliteitsbeleid bemoeilijkt door de minder hechte organisatie van verpleegkundigen en verzorgenden. Enerzijds is de diversiteit aan beroeps- en vakorganisaties die zich ten doel stellen verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij de verdere professionalisering groot. In 1998 bestonden er in Nederland op dit gebied 62 beroeps- en vakorganisaties (LCVV, 1998). Deze richten zich voornamelijk op verpleegkundigen. Anderzijds is uit onderzoek onder ruim 1000 verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden gebleken dat nog geen 30% is aangesloten bij een beroepsvereniging (Wagner et al, 1997). Een derde factor van betekenis is het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden geen vrij gevestigde beroepsbeoefenaren zijn, maar voor het overgrote deel in loondienst werkzaam zijn in instellingen. De instellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid in het leveren van kwaliteitszorg. Dit maakt dat de meeste verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk werken volgens het kwaliteitssysteem van de instelling waar zij werkzaam zijn terwijl de beroeps- en vakorganisaties op landelijk niveau streven naar een eigen kwaliteitsbeleid. Hierdoor zijn zij genoodzaakt, meer dan de vrijgevestigden, het eigen kwaliteitsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid van de instelling.

9.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen

Omvang en werksetting
Eind december 1998 zijn er in Nederland 377.000 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam (LCVV, 1998). Het gaat om verpleegkundigen met kwalificatieniveau 5 (HBO-V) en 4 (Inservice-A, -B, -Z (MBO)) en verzorgenden met

kwalificatieniveau 3 (zieken-, bejaarden-, gezins- en kraamverzorgenden) en 2 (bejaarden- en gezinshelpenden). Het nieuwe opleidingsstelsel waarin deze deskundigheidsniveau's zijn omschreven, is 1997 in werking getreden. Voor het laagste kwalificatieniveau, de zorghulpen, bestond tot nog toe geen opleiding. Begin 1998 heeft het kabinet besloten een proefopleiding voor niveau 1 in te stellen, per 1 augustus 2000 zal dit kwalificatieniveau een feit zijn (Sting, 1999).
De sectoren waar verpleegkundigen en verzorgenden hoofdzakelijk werkzaam zijn, zijn: de ziekenhuiszorg (72.399 personen), de geestelijke gezondheidszorg (23.182 personen), de gehandicaptenzorg (35.618 personen), de ouderenzorg (102.913 personen) en de thuiszorg (133.555 personen) (OSA-publicatie ZW2, 1999).

Organisatiestructuur
Een grote diversiteit aan beroeps- en vakorganisaties stelt zich ten doel de beroepsgroepen te ondersteunen bij de verdere professionalisering. De meeste beroepsorganisaties richten zich op de (wetenschappelijke) beroepsinhoud van specifieke groepen verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen. Het merendeel van deze organisaties is na 1990 opgericht en heeft meer dan 100 leden.
Sting is de beroepsorganisatie voor de verzorging. Sting richt zich op de kwaliteit van de zorg en de beroepsuitoefening van de 175000 helpenden en verzorgenden in de thuiszorg, de gehandicaptenzorg, de kraamzorg en de intramurale ouderenzorg. Extra aandacht wordt geschonken aan kwalificatieniveau 1 en 2, de zorghulpen en helpenden, aangezien deze groep nog helemaal aan het begin staat van het professionaliseringsproces.
De vakorganisaties ABVAKABO FNV en BVV/CFO richten zich op de arbeidsvoorwaarden van verpleegkundigen en verzorgenden. Via deze weg willen zij invloed uitoefenen op de randvoorwaarden voor een goede beroepsuitoefening en het verbeteren van de beroepsinhoud. NU'91 richt zich zowel op de beroepsinhoud als op belangenbehartiging op het gebied van arbeidsvoorwaarden.

Van de 62 beroeps- en vakorganisaties hebben zich 44 in 1996 verenigd in een koepelorganisatie, de Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV). De missie van de AVVV is een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg door nauwe onderlinge samenwerking van de specifieke beroepsorganisaties en samenwerking met andere organisaties in de gezondheidszorg (AVVV, 1997). Naast de specifieke beroepsorganisaties zijn ook NU'91 en BVV/CFO lid van de AVVV. Sting is buitengewoon lid van de AVVV.

Tenslotte bestaat er sinds 1993 het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). Het LCVV heeft als doelstelling de positie van verpleegkundigen en verzorgenden te verstevigen. Positieverbetering kan worden omschreven als de bevordering en handhaving van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en vergroting

van de invloed van de beroepsgroepen in gezondheidszorgorganisaties en in het maatschappelijk krachtenveld (LCVV, 2000).

9.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Uit onderzoek is gebleken dat ruim driekwart van de beroeps- en vakorganisaties van mening is dat het geheel of gedeeltelijk hun taak is om ondersteuning te bieden in het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren. Meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties is bezig met het ontwikkelen van een eigen kwaliteitsbeleid, of heeft dit reeds ontwikkeld. De organisaties die voor hun doelgroep al een kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld leggen de prioriteit bij het bevorderen van de beroepsuitoefening, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van activiteiten om de verleende zorg te kunnen toetsen of het ontwikkelen van een functieprofiel dat duidelijkheid schept over wat van beroepsbeoefenaren verwacht mag worden. Een minderheid van de organisaties die een kwaliteitsbeleid heeft opgesteld of hiermee bezig is, geeft aan zich te richten op wetgeving of scholing (Wagner et al, 1997).

De AVVV heeft een kwaliteitsbeleid geformuleerd waarin wet- en regelgeving een belangrijk kader vormt (AVVV, 1998). De verantwoordelijkheden voor verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot de kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn vastgelegd in de Wet BIG (voor verpleegkundigen) en de zogenaamde patiëntenwetten, zoals bijvoorbeeld de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Binnen dit kader richt de AVVV zich op het ontwikkelen van een centraal coördinatiepunt, het Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging, voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het creëren van samenhang in bestaande kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. De prioriteit van de AVVV ten aanzien van het kwaliteitsbeleid ligt voor het jaar 2000 bij de volgende doelstellingen:

- verhelderen van begrippen uit kwaliteitswetten, zoals 'verantwoorde zorg' en 'kwaliteitssysteem' voor verpleegkundigen en verzorgenden;
- ontwikkelen van toetsingssystemen ten behoeve van externe kwaliteitsbeoordeling;
- legitimeren van standaarden en bevorderen van de toepassing van richtlijnen en protocollen door het realiseren van een landelijk draagvlak;
- opstellen en actualiseren van richtlijnen vanuit gebruikersperspectief;
- opzetten en draaiende houden van een systeem van registratie en periodieke herregistratie van (gespecialiseerde) beroepsbeoefenaren;
- zorgen voor een helder implementatietraject waardoor onderzoeksresultaten toegankelijk gemaakt kunnen worden voor de praktijk.

Aangezien verpleegkundigen en verzorgenden niet even ver zijn in hun beroepsontwikkeling heeft Sting, aanvullend op bovengenoemde doelstellingen, specifiek voor de verzorgenden, helpenden en zorghulpen, de volgende prioriteiten (Sting, 1997):

- de verspreiding en implementatie van de beroepscode voor de verzorging;
- meer helderheid over functie en functieniveaus;
- het stimuleren van werkoverleg en reflectie op de beroepsuitoefening;
- een kwaliteitsplan voor alle sectoren.

9.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Verpleegkundigen en verzorgenden beschikken over een aantal methoden om de kwaliteit te bewaken of te verbeteren. Van de verzorgenden wordt in de praktijk veelal de ziekenverzorgende (kwalificatieniveau 3) betrokken en in mindere mate helpenden of zorghulpen. De activiteiten die in deze paragraaf worden beschreven hebben dan ook maar gedeeltelijk betrekking op helpenden en geen betrekking op zorghulpen. De volgende activiteiten worden beschreven: beroepsprofielen, richtlijnen, standaarden en protocollen, deskundigheidsbevordering, overleg en overdracht, methodisch werken en zorgplannen, verbeterteams, visitatie en (her)registratie.

9.4.1 Normen en criteria

Voor een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening moet ten eerste voor iedereen binnen en buiten de beroepsgroep duidelijk zijn wat de taken en verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaar zijn. Daarnaast moet bekend zijn aan welke criteria de beroepsuitoefening moet voldoen.

Beroeps- en gedragscodes en beroepsprofielen

Normen voor een zorgvuldige verpleegkundige beroepsuitoefening zijn vastgelegd in het beroepsprofiel van de verpleegkundige (Leistra et al, 1999). Het aanleren van de juiste beroepshouding vindt plaats tijdens de opleiding en vervolgens tijdens het werken in de praktijk. Collega's corrigeren indien nodig en maken duidelijk wat gewenst is.

Om duidelijkheid te scheppen in de diverse functies en specialisaties binnen de beroepsgroep worden functieprofielen ontwikkeld. De helft van de beroepsorganisaties beschikt inmiddels over dergelijke profielen voor de betreffende specialisatie. Uit onderzoek is gebleken dat vooral onder verzorgenden verschil van mening bestaat over welke activiteiten tot de eigen taak behoren (Wagner et al, 1997). Om meer duidelijkheid te scheppen heeft Sting een beroepsprofiel voor verzorgenden ontwikkeld (Sting, 1999).

Richtlijnen, standaarden en protocollen

Het Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling (CBM) van de Hogeschool Nijmegen heeft in samenwerking met de Rijksuniversiteit Limburg algemeen geldende standaarden met bijbehorende toetsinstrumenten ontwikkeld.

Deze standaarden voor de verpleegkundige zorg aan patiënten zijn per sector op een eigen wijze ontwikkeld (Hollands et al, 1992). De standaarden zijn ontwikkeld in ziekenhuizen (van Bergen et al, 1980), in verpleeghuizen (van Lingen et al, 1990), in de zwakzinnigenzorg (Hollands et al, 1990) en in de wijkverpleging (kritische standaarden) (Appelman et al, 1989). Ongeveer eenderde van de beroeps- en vakorganisaties beschikt naar eigen zeggen over richtlijnen of protocollen en eenderde is bezig deze te ontwikkelen (Wagner et al, 1997).
Daarnaast worden landelijke verpleegkundige richtlijnen sinds 1990 door de Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad met ondersteuning van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ontwikkeld. Deze richtlijnen betreffen bijvoorbeeld het zwachtelen (ACT-richtlijn), verpleegkundige zorg bij decubitus, continentiestoornissen, schizofrenie, suïcidale patiënten, en het subcutaan injecteren van heparine (Leytens en Wagner, 1999). In beperkte mate is onderzocht in hoeverre deze landelijke richtlijnen worden nageleefd. Uit een onderzoek naar uitvoering in de praktijk van de ACT-richtlijn, drie jaar na de ontwikkeling, blijkt dat deze richtlijn bij minder dan 20% van alle leidinggevende en uitvoerende verpleegkundigen bekend is en dat toepassing slechts in 5% van de gevallen plaatsvindt (Ettema, 1993).

Uit een landelijk onderzoek naar de mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden bestaande richtlijnen en protocollen opvolgen, is gebleken dat er grote verschillen zijn binnen en tussen de onderzochte sectoren en instellingen. Het onderzoek vond plaats onder 1000 verpleegkundigen (n=526), verzorgenden (n=390) en helpenden (n=105) en 280 leidinggevenden in 58 zorginstellingen. Tabel 9.1 laat de resultaten zien (Wagner et al, 1997).

In de tabel is onderscheid gemaakt in technische richtlijnen en richtlijnen waarin de samenwerking en coördinatie van zorg geregeld is. In zijn algemeenheid is te zien dat de richtlijnen niet altijd worden opgevolgd. In sommige instellingen zijn niet alle richtlijnen voorhanden. Gedeeltelijk is dit terug te voeren op het feit dat niet alle richtlijnen voor alle sectoren even relevant zijn. Desondanks bestaan er verschillen tussen de sectoren. In de psychiatrische ziekenhuizen en de thuiszorg melden respondenten minder vaak te werken met richtlijnen dan in de overige sectoren. In algemene ziekenhuizen wordt volgens de respondenten het meest met richtlijnen gewerkt.
Naar aanleiding van deze resultaten is besloten een systematische inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen uit te laten voeren. De inventarisatie vond plaats in dezelfde zes sectoren en heeft 985 richtlijnen en protocollen opgeleverd. Na een eerste toetsing aan de hand van vier basiscriteria, te weten: herkenbaarheid, betrekking hebben op zorgproces, doelgroep en gebruikers duidelijk omschreven, bleven er 683 richtlijnen en protocollen over. Een tweede toetsing aan de hand van 12 aanvullende criteria over de inhoud en evaluatie liet zien dat 5 richtlijnen aan 7 van de 12 criteria voldeden (Leytens en Wagner, 1999).

Tabel 9.1 Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat onderstaande richtlijnen altijd toepast

richtlijnen voor	thuiszorg (n=173)	verzorg.-huizen (n=163)	verpleeg-huizen (n=201)	zieken-huizen (n=183)	APZ's (n=182)	instell. gehandic. (n=137)
Technische handelingen:						
specifieke behandelvormen	28	31	48	50	14	36
specifieke doelgroepen	20	34	45	12	24	25
gebruik medische hulpmiddelen[1]	21	19	28	61	12	-
toep. beschermende maatregelen[2]	-	33	53	44	43	61
omgaan met euthanasievragen[1]	13	7	22	24	8	-
voorbehouden handelingen[3]	22	13	23	49	16	39
Coördinatie van zorg:						
uitdelen/toedienen medicijnen	33	63	72	83	74	88
hygiëne	47	51	46	46	14	46
verslaglegging over cliënt	44	64	67	71	67	81
overdragen werkzaamheden	28	64	59	60	50	55
afstemming tussen hulpverleners	30	36	38	34	28	42
routing van de cliënt	30	21	36	34	29	20

1 niet gevraagd in de gehandicaptenzorg
2 niet gevraagd in de thuiszorg
3 helpenden (n=105) zijn uitgesloten

De geïnventariseerde richtlijnen en protocollen zijn, indien er toestemming wàs verkregen van de ontwikkelaar, op te vragen bij het informatiecentrum van het LCVV. Een landelijke databank van aan basiscriteria getoetste richtlijnen en protocollen is in ontwikkeling. Tevens is de AVVV bezig een Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging op te richten. Het Platform krijgt de taak richtlijnen en protocollen te toetsen en te voorzien van een keurmerk. De beroepsgroep streeft naar landelijk gelegitimeerde richtlijnen en protocollen (Hickox en Wagner, 1999).

9.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Eerst wordt in deze paragraaf ingegaan op de traditionele vormen van kwaliteitsbewaking zoals deskundigheidsbevordering en vormen van overleg. Vervolgens komen meer recente ontwikkelingen aan de orde, zoals het methodisch werken, het werken met zorgplannen, het instellen van verbeterteams en zaken als onderlinge toetsing en visitatie. De laatsgenoemde vormen van kwaliteitsverbetering zijn onder andere ontwikkeld door het CBO, het NZi en het NIZW. Een overzicht hiervan is te vinden in een aantal boeken (Verbeek, 1993; 1997).

Deskundigheidsbevordering
Op landelijk niveau bieden beroeps- en vakorganisaties scholingsactiviteiten aan (Cremers et al, 1999). Zij organiseren symposia, themadagen of trainingen. Een deel van de beroepsorganisaties (42%) is bezig met een ordening van het aanbod van bij- en nascholing. Twee derde van de organisaties (68%) richt zich op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de bij- en nascholing. Een minderheid van hen (10%) heeft plannen om bij- en nascholing verplicht te stellen (Wagner et al, 1997).

De mate waarin verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden deelnemen aan deskundigheidsbevordering is recent beschreven. Gezien het kleine aantal helpenden dat aan het onderzoek heeft deelgenomen, zijn de gegevens niet representatief voor helpenden (Wagner et al, 1997). In dat onderzoek werd niet alleen gevraagd naar scholingsactiviteiten maar ook naar onderlinge toetsing, het ontvangen van werkbegeleiding en het lezen van vakliteratuur. Tabel 9.2 geeft de resultaten weer.

De tabel laat zien dat het lezen van vakliteratuur het meest frequent wordt gemeld. Uitvoerenden in (psychiatrische) ziekenhuizen nemen gemiddeld vaker deel aan deskundigheidsbevordering dan uitvoerenden in de overige sectoren. Onderlinge toetsing wordt bijvoorbeeld het meest frequent toegepast in ziekenhuizen. Alleen werkbegeleiding wordt vaker ontvangen door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en gehandicaptenzorg.

Tabel 9.2 Percentage uitvoerenden per sector dat deelneemt aan de verschillende vormen van deskundigheidsbevordering

vormen van deskundig-heidsbevordering	thuiszorg (n=173)	verzorg.-huizen (n=163)	verpleeg-huizen (n=201)	zieken-huizen (n=183)	APZ's (n=182)	instell. gehandic. (n=137)
Technische handelingen:						
regelmatig lezen vaktijdschriften	77	73	70	94	91	81
vakinhoudelijke scholing	46	44	48	65	73	61
vervolg- of aanvullende opleidingen	31	36	38	45	47	35
werkbegeleiding	42	32	31	23	22	48
zorgoverstijgende scholingsactiv.	23	20	31	41	32	26
vaardigheidstraining	22	14	24	29	28	27
onderlinge toetsing	11	17	17	30	18	16

In een overzichtsstudie zijn de effecten beschreven van bijscholing op het gedrag van verpleegkundigen (Francke et al, 1994). In 11 studies is geen hard bewijs gevonden, maar wel een indicatie dat pijnbijscholingen positieve effecten hebben op het gedrag van verpleegkundigen. Ook is door Francke onderzocht waarom bijscholingen soms weinig en soms veel effect hebben op de verpleegkundige praktijk. Een belangrijke factor blijkt de steun van collega's en leidinggevenden. Negatieve reacties blijken

belemmerend te werken voor het toepassen van geleerde vaardigheden (Francke et al, 1993).

Overlegvormen en afstemming van overdracht
Traditioneel worden in de verpleging en verzorging diverse overlegvormen gehanteerd om bijvoorbeeld de overdracht van patiënten goed te organiseren en de nodige informatie door te geven bij het wisselen van diensten. Uit een onderzoek in 1992 naar de knelpunten in de bewonerszorg in verpleeghuizen bleek echter dat in 20% van de verpleeghuizen communicatiestoornissen tussen leidinggevenden en uitvoerenden bestaan (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, 1992).
In de jaren '90 ontstond vanwege diverse oorzaken de behoefte om de overdracht van patiënten van het ziekenhuis naar de thuiszorg te verbeteren. Eind 1996 waren in 50% van de ziekenhuizen transferverpleegkundigen aangesteld die specifiek belast zijn met onder andere de overdracht tussen zorgverleners (Dukkers et al, 1998). Driekwart van de transferverpleegkundigen is formeel in dienst van een thuiszorgorganisatie, maar de werkplek is vrijwel altijd het ziekenhuis. De effecten op informatievoorziening, doelmatigheid en tevredenheid zijn in meerdere studies geëvalueerd. Dukkers et al (1998) en Leytens (1998) hebben beide positieve effecten op de tevredenheid gevonden bij zowel medewerkers van ziekenhuis en thuiszorg als bij patiënten. Ook worden in beide studies positieve effecten geconstateerd op de doorstroming van patiënten en de informatievoorziening.

Ook cliëntenbesprekingen en multidisciplinair overleg hebben tot doel de kwaliteit van de zorg te bewaken en zo nodig te verbeteren. Daarnaast bestaan vormen van werkoverleg om organisatorische vraagstukken op afdelingsniveau te bespreken. Tabel 9.3 laat zien in hoeverre verpleegkundigen en verzorgenden aan dergelijke vormen van overleg deelnemen (Wagner et al, 1997).

Tabel 9.3 Percentage uitvoerenden per sector dat aan onderstaande vormen van overleg deelneemt

richtlijnen voor	thuiszorg (n=173)	verzorg.-huizen (n=163)	verpleeg-huizen (n=201)	zieken-huizen (n=183)	APZ's (n=182)	instell. gehandic. (n=137)
overdracht bij dienstwisseling	89	100	99	98	98	99
niet-cliëntgebonden werkbespr.	93	89	97	97	89	96
cliëntbespreking binnen het team	93	80	89	94	92	100
cliëntbespreking met andere disc.	72	67	78	87	91	93
overleg met hulpverleners eerste lijn	63	63	61	53	59	91
overleg met (andere) intramurale instellingen	51	47	47	70	54	71

Uit de tabel blijkt dat een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden in de diverse vormen van overleg participeert. In de sectoren de meeste verpleegkundigen en verzorgenden deel aan de overdracht, de niet-cliëntgebonden werkbesprekingen en de cliëntbesprekingen. Deelname aan overleg met andere disciplines, binnen en buiten de instelling, is over de gehele linie minder groot en in bijvoorbeeld verzorgingshuizen ook minder van toepassing.

Methodisch werken
Het methodisch handelen, een consequente en weldoordachte manier van werken volgens een weloverwogen plan wordt de laatste jaren steeds meer in praktijk gebracht (Bekkers et al, 1994). Methodisch werken is een belangrijk hulpmiddel bij patiëntgerichte zorg. Op het gebied van patiëntgerichte zorg zijn sinds de jaren '80 vier verpleegsystemen ontwikkeld die bijdragen aan de professionalisering van de beroepsgroep. Dit zijn Themaverpleging, Primary Nursing, het Systeem van Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige (Kitzen et al, 1995). Er zijn een aantal studies verricht naar de invloed van patiëntgerichte verpleegsystemen op de tevredenheid van de patiënt. In Nederland vond Bekkers et al een positief effect (Bekkers et al, 1990). Kitzen en Boumans vonden echter geen effect (Kitzen & Boumans, 1995). Studies naar de invloed van patiëntgericht verplegen op andere factoren dan de tevredenheid van de patiënt zijn nog weinig verricht.

Zorgplannen en zorgcoördinatie
Een essentieel onderdeel bij het methodisch werken is een individueel zorgplan voor de cliënt. In een zorgplan worden de doelen van de zorgverlening en de daadwerkelijk verleende zorg op een systematische wijze vastgelegd en periodiek geëvalueerd (Schippers et al, 1998).
Naast het gebruik van zorgplannen worden in de praktijk doorgaans procedures afgesproken om belangrijke stappen in het zorgverleningsproces te bewaken. Voorbeelden hiervan zijn procedures voor opname en/of afsluiten van de zorgverlening en toewijzing van een zorgcoördinator. De mate waarin deze vormen van kwaliteitsbewaking door verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk altijd worden toegepast is in tabel 9.4 te zien (Wagner et.al, 1997).

Bij het interpreteren van de cijfers dient rekening te worden gehouden met de taakverdeling die in de sectoren gebruikelijk is. In de care-sectoren wordt bijvoorbeeld het eerste gesprek, de indicatie, niet door de verpleegkundige of verzorgende gedaan maar door een onafhankelijke indicatiecommissie. Desondanks kan het in instellingen gebruikelijk zijn dat aanvullend een eigen inventarisatie van de zorgbehoefte plaatsvindt. In de tabel is te zien dat het melden van fouten en ongevallen door 60% tot 80% van de verpleegkundigen en verzorgenden altijd wordt gedaan. Gemiddeld wordt in ongeveer de helft van de instellingen gewerkt met een individueel zorgplan, maar dit zorgplan wordt in gemiddeld 20% van de instellingen periodiek geëvalueerd. Ten aanzien van alle activiteiten zijn verschillen gevonden tussen sectoren.

Tabel 9.4 Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat de activiteiten altijd toepast

richtlijnen voor	thuiszorg (n=173)	verzorg.-huizen (n=163)	verpleeg-huizen (n=201)	zieken-huizen (n=183)	APZ's (n=182)	instell. gehandic. (n=137)
eerste gesprek volgens vaste procedure*	8	15	35	46	34	6
individueel zorgplan	47	55	53	38	55	61
registratie patiëntgegevens	34	40	53	56	51	64
periodieke evaluatie zorgplan	20	9	11	19	25	24
toewijzen zorgcoördinator	57	46	28	39	72	81
afspraken over coördinatie van zorg	57	50	50	50	41	64
afspraken over rapportage naar andere hulpverleners	32	59	52	49	39	46
melden van fouten/ongevallen	60	69	80	74	70	79
procedure voor afsluiten zorg-verlening	28	34	40	47	46	16

* helpenden zijn buiten beschouwing gelaten

Verbeterteams
Specifiek voor verpleegkundigen en verzorgenden is de methodiek van verbeterteams, ofwel kwaliteitsgroepen, ontwikkeld (Kanters en Verbeek, 1995). Kenmerkend voor deze verbeterteams is dat op cyclische wijze wordt geprobeerd het zorgproces of het probleem te beschrijven, te analyseren en te verbeteren. Bij de analyse wordt gebruik gemaakt van een zogenaamde kwaliteitsdriehoek waarin de invalshoeken van cliënt, medewerker en organisatie meegenomen worden. De verbeterteams worden samengesteld uit de bij het betreffende zorgproces of probleem betrokken verpleegkundigen en/of verzorgenden.

Uit onderzoek blijkt dat 29% van de uitvoerenden (vooral verpleegkundigen) deelneemt aan een kwaliteitsgroep met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Voorbeelden van onderwerpen van dergelijke kwaliteitsgroepen zijn: de verbetering van de communicatie binnen het team, het opzetten van een multidisciplinair overleg en het ter discussie stellen van goede en slechte bejegening van cliënten. 19% Van de verpleegkundigen en verzorgenden neemt deel aan kwaliteitsgroepen die afdelingsgebonden werken; 11% neemt deel aan kwaliteitsgroepen die ook verpleegkundigen en verzorgenden van andere afdelingen betrekken. De deelname aan een multidisciplinaire overleggroep is (nog) relatief klein (6%), maar verschilt wel tussen de sectoren. In ziekenhuizen nemen uitvoerenden gemiddeld vaker deel aan monodisciplinaire overleggroepen. Uitvoerenden in verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen nemen vaker deel aan multidisciplinaire kwaliteitsgroepen (Wagner et al, 1997).

De resultaten van kwaliteitsgroepen zijn bestudeerd in de thuiszorg (Van Gorp & Van den Berg, 1996). Verzorgenden geven aan dat zij door deelname aan een kwaliteitsgroep beter samenwerken in het team, beter overleggen met cliënten, beter met problemen omgaan en zich beter ondersteund voelen in hun werk.

Visitatie
Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (voorheen CBO) heeft voor verpleegkundigen in ziekenhuizen een visitatiemethode ontwikkeld. Het ontwikkelen van een verpleegkundig referentiekader voor de visitatie vereiste een zorgvuldige aanpak. Verpleegkundigen vormen immers een grote en gevarieerde doelgroep. Het referentiekader is tot stand gekomen in samenwerking met acht ziekenhuizen. Het referentiekader biedt mogelijkheden tot aanpassing aan de verschillende instellingen waar het gebruikt wordt. Experimentele onderlinge visitaties hebben aangetoond dat deze methode van kwaliteitsbeoordeling voor de verpleegkundige beroepsgroep haalbaar en zinvol is (LCVV, 1997).

Registratie en herregistratie
De registratie van verpleegkundigen is sinds 1996 wettelijk geregeld via de Wet BIG. Eind 1997 is, op een enkeling na, de registratie voltooid en zijn er 182.154 verpleegkundigen in het register opgenomen (Calsbeek, 1998). Uit onderzoek onder beroepsorganisaties blijkt eenvijfde van de organisaties daarnaast een eigen verenigingsregister bij te houden. Eveneens eenvijfde is bezig dit te ontwikkelen. De meeste organisaties hechten hier vooralsnog geen prioriteit aan. De Wet BIG bevat eveneens regels ten aanzien van voorbehouden handelingen en verpleegkundige specialismen. Verschillende organisaties zijn gezamenlijk bezig met het opzetten van een specialismenregeling en het opstellen van criteria hiervoor (Wagner et al, 1997; Cremers et al, 1999).

9.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
Zoals al in paragraaf 9.2. beschreven is, is de diversiteit aan beroeps- en vakorganisaties voor verpleegkundigen en verzorgenden groot. Door deze versnipperde organisatiestructuur ontbreken uniforme landelijke en regionale structuren voor de implementatie van kwaliteitsactiviteiten. Er is nog geen eenheid in kwaliteitsbeleid of centrale afstemming van ontwikkelde activiteiten. Gebrek aan consensus en eenduidigheid maakt dat beroeps- en vakorganisaties maar beperkt invloed uit kunnen oefenen op de gang van zaken in instellingen. Om hierin verandering te brengen is de AVVV met ondersteuning van het LCVV bezig om een centraal coördinatiepunt, het Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging, op te

richten. Voor de verzorging wil Sting een kwaliteitssysteem opzetten met veel aandacht voor professionalisering, omdat door de geringe mate van professionalisering van de verzorging de ontwikkeling van de beide beroepen niet gelijk opgaat.

Positie van de beroepsbeoefenaren
Instellingen ontwikkelen zelf richtlijnen en procedures waar verpleegkundigen en verzorgenden maar beperkt invloed op uit kunnen oefenen. Zij verkeren binnen de instelling meestal niet in de positie om maatstaven van de eigen beroepsgroep in te kunnen voeren. Hier ligt een spanningsveld tussen de instellingen en de beroepsgroep. De laatste jaren neemt onder verpleegkundigen en verzorgenden de behoefte aan managementparticipatie toe. In instellingen zijn hiertoe Verpleegkundige Adviesraden (VAR) binnen instellingen opgericht (LC VAR), en sinds 1998 ook verzorgende adviesraden.

Tijd en geld en personele ondersteuning
Naast een goede infrastructuur en een invloedrijke positie hebben verpleegkundigen en verzorgenden tijd, geld en personele ondersteuning nodig voor de ontwikkeling en uitvoering van een kwaliteitsbeleid. Te meer omdat in de verpleging en verzorging de werkdruk hoog is en er een toenemend tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden is. In instellingen worden verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in wisselende mate ondersteund door leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen bij het implementeren van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Een actieve rol van leidinggevenden is, zoals eerder in het kader van bijscholing is besproken, cruciaal voor blijvende gedragsverandering (Wagner et al, 1997).

9.6 Conclusies

Geconstateerd kan worden dat verpleegkundigen en verzorgenden op twee niveau's werken aan een kwaliteitsbeleid. Ten eerste op het niveau van de eigen beroepsgroep en ten tweede op het niveau van zorginstellingen waarin men werkzaam is. Op dit moment bestaat er nog geen samenhangend kwaliteitsbeleid. Voor de verzorging geldt tevens dat men nog een stap achter de verpleging loopt en men eerst meer behoefte heeft aan erkenning en scholing. Dit maakt dat verpleegkundigen en verzorgenden via de kwaliteitssystemen van instellingen aan diverse activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering deelnemen, maar dat de invulling die eraan wordt gegeven bepaald wordt door de instelling en minder door de beroepsgroep. In het kader van een verdere professionalisering en profilering bestaat er daarentegen wel behoefte aan een samenhangend kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep zelf. In sommige opzichten is dit voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen moeilijker dan voor andere beroepsgroepen. Hierbij speelt de omvang van de beroepsgroepen een rol; een infrastructuur voor het implementeren van kwaliteits-

activiteiten is voor bijna 400.000 beroepsbeoefenaren moeilijker op te zetten dan voor 10.000 beroepsbeoefenaren. Verder hebben de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen tot nu toe weinig financiële middelen gekregen voor een stimuleringsof ondersteuningsprogramma. Dit in tegenstelling tot alternatieve beroepsbeoefenaren en paramedici. Wel is recentelijk in het kader van de Meerjarenafspraken Zorg geld gereserveerd voor kwaliteitsbeleid.

Sinds de vorige kwaliteitsconferentie in 1995, waar geconstateerd werd dat de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen een achterstand hebben, zijn op het niveau van de beroeps- en vakorganisaties diverse activiteiten ontplooid. Veel aandacht is uitgegaan naar een nieuwe opleidingsstructuur, het actualiseren respectievelijk opstellen van een beroepsprofiel en functieprofielen, en een structuur voor registratie en herregistratie. Tevens heeft men de stand van zaken ten aanzien van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in kaart gebracht en prioriteit gegeven aan het inventariseren en beoordelen van bestaande richtlijnen en protocollen. Het streven is te komen tot landelijk gelegitimeerde richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Voor de verzorging wordt prioriteit gegeven aan professionalisering en het vergroten van de invloed op het werk.
Binnen instellingen nemen verpleegkundigen en verzorgenden net als de overige beroepsgroepen deel aan intercollegiale toetsing, afdelingsgebonden toetsing, visitaties en verbeterteams. Deze activiteiten worden vooral geïnitieerd door de instellingen en minder door de beroepsgroep. Daarnaast gebruiken verpleegkundigen en verzorgenden vanouds diverse overlegvormen voor het bewaken van de continuïteit van zorg, individuele zorgplannen voor het afstemmen van zorgaanbod op zorgbehoefte, en werkbegeleiding voor minder ervaren verpleegkundigen en verzorgenden.

Om samenhang aan te kunnen brengen in deze activiteiten streeft men ernaar om de activiteiten in eerste instantie centraal te ontwikkelen en vervolgens weer regionaal te implementeren. Het Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging krijgt hierin een coördinerende rol.

Onderzoeksresultaten over de implementatie van het kwaliteitsbeleid van de beroeps- en vakorganisaties zijn bekend, net als resultaten over kwaliteitsactiviteiten van verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen. Minder bekend zijn resultaten over de effecten van deze activiteiten. Daarnaast ontbreekt onderzoek naar de effectiviteit van behandelwijzen en methoden van verzorging waardoor het ontwikkelen van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en protocollen wordt bemoeilijkt.

Literatuur

Arts S., Kerkstra A. Werken in de gezinsverzorging. NIVEL, Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

Appelman, A., H. Ligtenberg, B. van Bergen, L. Hollands, Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging, De Tijdstroom, Lochem 1989.

AVVV, Beleidsplan 1999 - 2002, AVVV, Utrecht 1998.

AVVV, Jaarverslag 1997, AVVV, Utrecht 1998.

Bekkers, F., F. de Bakker, H. van Dartel, D. Meerman en J. van Vliet. Invoering van patiëntgericht verplegen en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, Van Gorcum, Assen/Maastricht 1990.

Bekkers, F., A. Van Dijk en W. Van Roekel, Kwaliteitsverbetering door patiëntgericht verplegen, Lemma, Utrecht 1994.

Bergen B. van, L. Hollands, H. Nijhuis, De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel, De Tijdstroom, Lochem 1980.

Calsbeek, H., W. Van der Windt en L. Hingstman, Nieuwe feiten over verpleging en verzorging; zorgvraag neemt toe terwijl aanbod daalt. TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen 1998; 20: 609-614.

Dukkers, D.M., W.J.G. Ros en M.P.H. Berns, De transferverpleegkundige; een functie geëvalueerd. Medisch contact 1998; 10: 327-329.

Ettema, R., De impact van de eerste verpleegkundige richtlijn; een onderzoek naar de implementatie van de Ambulante Compressietherapie. Kwaliteit van Zorg. 1993: 100-110.

Francke, A.L. en B. Garssen, Wanneer is bijscholing zinvol? Een literatuurverkenning naar determinanten van gedragsverandering van bijgeschoolde verpleegkundigen. Verpleegkunde 1993/1994; 3: 171-180.

Francke, A.L. en B. Garssen, Pijnbijscholingen: een literatuuroverzicht. Studies naar de effecten van pijnbijscholingen voor verpleegkundigen. Verpleegkunde 1994/1995; 4: 199-208.

Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Noord-Holland en Zuid-Holland, Bewonerszorg in verpleeghuizen. Verslag van een onderzoek naar de knelpunten in de bewonerszorg in verpleeghuizen in de grote stedendriehoek van Noord- en Zuid-Holland, Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, Haarlem/'s Gravenhage 1992.

Giebing, H., Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen; een methode om de verpleegkundige beroepsuitoefening te toetsen, Spruyt, Van Mantgem en De Does, Leiden 1995.

Giebing, H., richtlijnen ACt en decubitus

Gorp van, K.. en R. Van den Berg, Op de weegschaal. Een onderzoek naar de waarde van kwaliteitsgroepen in de thuiszorg, NIZW, Utrecht 1996.

Hollands, H., B. van Bergen, A.L. Degenaar, M.J. Smits, G. de Veen, Het meten van verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg, De Tijdstroom, Lochem 1990.

Hollands, L., A. Appelman en B. van Bergen, Standaarden en meetinstrumenten: van ontwikkeling naar toepassing, Kwaliteit in beeld, maart 1992: 7-10.

Kanters, T. en G. Verbeek, Kwaliteit in werking: handleiding voor methodische kwaliteitsbevordering in de gezinsverzorging. NIZW, Utrecht 1995.

Kanters, T., G. Verbeek en M. Buenting, Naar kwaliteit op de werkvloer. NIZW, Utrecht 1996.

Kitzen, I.H.J.M. en N.P.G. Boumans, Integrerende Verpleegkunde en de kwaliteit van zorg. Het effect van de implementatie van Integrerende Verpleegkunde op de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening en enkele patiëntkenmerken. Verpleegkunde 1995; 2: 73-85.

LCVV, Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995a.

LCVV, Jaarverslag. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995b.

LCVV, Beleidsplan LCVV 1995-1998. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995c.

LCVV, Feiten en Cijfers, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1998.

LCVV, Onderlinge visitatie verpleegkunde; Kwaliteitsmeting door intercollegiale toetsing, Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, Utrecht 1997.

Leytens, J., De liaisonverpleegkundige: een onmisbare schakel? Verpleegkundig Management 1998; 1: 3-8.

Leytens, J., C. Wagner, Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging. NIVEL, Utrecht 1999.

Lingen, B. van, L. Hollands, B. van Bergen, Th. Lemmen, G. Visser, Kwaliteit van de verpleegkundige zorg in verpleeghuizen, De Tijdstroom, Lochem 1990.

NRV, KNMG, NIVEL, NIZW & VWS, Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Leidschendam-afspraken 1995-2000. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Leidschendam 1995.

NU'91, Verpleging als pil van de gezondheidszorg: het beroepsvoorwaardenbeleid 1994 en verder, NU'91, Utrecht 1994.

Schippers, A.P., A. Lakerveld, M. Crum, G.H.M.M. ten Horn, N. Nakken en G.H. van Hemert, Zelfevaluatie- Individuele zorg- en begeleidings- Plannen, Stichting Kinderstudies, Groningen 1998.

Sting. Een nieuwe stap. Utrecht: Sting 1997.

Sting. Jaarverslag 1998, Utrecht: Sting, 1999.

Verbeek, G., Het spel van kwaliteit en zorg, Lemma, Utrecht 1993.

Verbeek, G., Kwaliteit als werkwoord. Een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk, NIZW, Utrecht 1997.

Vulto M, Morée M. Thuiszorg als professie. Utrecht: De Tijdstroom, 1996.

Wagner C., A.P. Stoop, D. Temmink en D.H. de Bakker, Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging, LCVV/De Tijdstroom, Utrecht 1997.

10 PARAMEDICI

H. Hofhuis, E.M. Sluijs, M. Bennema-Broos

10.1 Inleiding

Begin jaren negentig hebben de paramedische beroepsgroepen het initiatief genomen om - voor zover mogelijk - gezamenlijk een aantal kwaliteitsactiviteiten te ontplooien. De paramedische beroepsgroepen zijn:
- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten-Cesar
- Oefentherapeuten-Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch laboranten.

In een gemeenschappelijk verzoek hebben zij zich in 1992 tot het Ministerie van VWS gewend om ondersteuning bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid te vragen. Dat verzoek is gehonoreerd. Sindsdien zijn en worden drie omvangrijke kwaliteitsprogramma's uitgevoerd.
Als resultaat beschikken alle beroepen nu over een uitgewerkt kwaliteitsbeleid en over onder andere methoden voor intercollegiale toetsing en/of visitatie. In veel beroepen is ook een begin gemaakt met de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, zoveel mogelijk evidence based (Sluijs et al, 1997a; 1998; 1999).
In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op algemene trends in het kwaliteitsbeleid van de paramedici gezamenlijk. Er wordt niet ingegaan op de specifieke ontwikkelingen binnen elke paramedische beroepsgroep.

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Aanvullend is informatie uit beleidsdocumenten gebruikt. Omdat beschouwende literatuur niet in dit overzicht is verwerkt wordt geen volledigheid gepretendeerd.

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

10.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen

Omvang en werksetting
In Nederland zijn circa 34000 paramedici werkzaam (zie tabel 10.1). Fysiotherapie is de grootste beroepsgroep met circa 17000 beroepsbeoefenaren. Radiologisch laboranten vormen de tweede in omvang met bijna 5.000 beroepsbeoefenaren. Er zijn ook kleine beroepsgroepen met enkele honderden leden, zoals de podotherapeuten en orthoptisten.
De werksetting van de verschillende beroepen is divers: paramedici werken zowel intramuraal als extramuraal, zelfstandig of in loondienst, solistisch of in een team. Radiologisch laboranten zijn uitsluitend intramuraal werkzaam en dat geldt ook voor de meerderheid van de ergotherapeuten. Vrijgevestigde beroepen zijn oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en podotherapeuten. Ook tweederde van de fysiotherapeuten en de helft van de logopedisten werkt vrijgevestigd.

Tabel 10.1 Aantallen paramedici per beroepsgroep

	aantal
ergotherapeuten	1915
diëtisten	2172
fysiotherapeuten	17035
logopedisten	3880
mondhygiënisten	1570
oefentherapeuten-Cesar	870
oefentherapeuten-Mensendieck	900
orthoptisten	359
podotherapeuten	355
radiologisch laboranten	4903

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW, 1999).

Organisatiestructuur
Iedere paramedische beroepsgroep heeft een eigen beroepsvereniging die de belangen van de leden behartigt. Binnen de grotere beroepsverenigingen bestaan meerdere deelverenigingen (bijvoorbeeld voor vrijgevestigden en dienstverbanders) en bestaan deelverenigingen voor specialisaties (bijvoorbeeld kinderfysiotherapie).
In bijna elke beroepsgroep functioneert een kwaliteitscommissie en enkele beroepsgroepen hebben landelijke kwaliteitsfunctionarissen aangesteld. Veel aandacht gaat uit naar het opbouwen of verbeteren van een goede infrastructuur om het kwaliteitsbeleid te implementeren. Lokaal worden groepen van (circa tien) beroepsbeoefenaren gevormd (bijvoorbeeld IOF's = Intercollegiale Overleg Fysiotherapie) en op regionaal niveau functioneren regionale coördinatoren. Dankzij een extra bijdrage van VWS is deze infrastructuur in een vergevorderd stadium bij fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck.

Alle beroepsverenigingen zijn sinds 1996 vertegenwoordigd in het Paramedisch Verband. Dit is een gemeenschappelijk coördinatiepunt, opgericht om de gezamenlijke belangenbehartiging van de paramedische beroepsuitoefening beter vorm te kunnen geven (Paramedisch Verband, 1996). Een van de doelen van het Paramedisch Verband is onderlinge afstemming over onder andere het kwaliteitsbeleid. Men pleegt bijvoorbeeld overleg over de invulling van de ondersteuningsprogramma's, de besteding van de beschikbare gelden en de mogelijkheden projecten gezamenlijk uit te voeren (programmatische aanpak) Het Paramedisch Verband vormt ook een centraal aanspreekpunt voor overheid, verzekeraars, adviesorganen en bijvoorbeeld onderzoeks- en onderwijsinstituten.

10.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

Naast verbetering van de kwaliteit van de paramedische zorg past het kwaliteitsbeleid ook in het streven naar (verdere) professionalisering van de beroepsgroepen (Timmermans et al, 1994). Een kenmerk van geprofessionaliseerde beroepen is dat - naast het hebben van een eigen domein - een specifiek kwaliteitsniveau van de beroepsgroep en een effectieve beheersing van het beroepsgedrag worden gewaarborgd (Kortenhoeven, 1990). De implementatie van een kwaliteitsbeleid draagt daar aan bij. In het verlengde daarvan heeft de verbetering van de eerder genoemde infrastructuur van de beroepsverenigingen belangrijke aandacht in de kwaliteitsprogramma's. Het doel daarvan is duidelijke communicatielijnen te creëren voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid. oefentherapeuten-Mensendieck hebben daarnaast nog de wetenschappelijke profilering van het beroep als expliciet doel van hun kwaliteitsbeleid opgenomen. Het streven is meer inzicht te krijgen in de doeltreffendheid en doelmatigheid van de oefentherapeutische zorg (NVOM, 1996).

10.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Binnen de drie eerder genoemde kwaliteitsprogramma's[1] hebben de paramedische beroepen gewerkt aan de volgende thema's:

---

[1] De beroepsgroepen worden ondersteund door het Nederlands Paramedisch Instituut bij de ontwikkeling van classificaties en registratiesystemen, accreditatiesysteem, beroepsprofielen en richtlijnen. Het Kwaliteitsinstituut is vooral betrokken bij projecten rond visitatie en intercollegiale toetsing. Het NP/CF ontwikkelt criteria vanuit patiëntenperspectief. De Hogeschool Arnhem en Nijmegen ontwikkelt logopedische standaarden. Het NIVEL voert evaluaties van de projecten uit.

- het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid;
- het ontwikkelen van classificatiesystemen;
- het ontwikkelen van uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg;
- het actualisering van beroepsprofielen;
- het ontwikkelen van een systeem voor accreditatie van bij- en nascholing;
- ontwikkeling en invoering van richtlijnen en standaarden;
- ontwikkelen en implementeren van intercollegiale toetsing;
- ontwikkelen en implementeren van visitatie;
- formuleren van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.

In paragraaf 10.4.1 wordt nader ingegaan op de projecten rond beroepsprofielen en richtlijnen en in 10.4.2 op projecten rond toetsing en visitatie, voorzover daar evaluatie- of onderzoeksgegevens over bekend zijn. Nogmaals wordt benadrukt dat enkele beroepsgroepen daarnaast specifieke eigen kwaliteitsprojecten uitvoeren. Voorbeelden zijn projecten rond: stralingsbescherming door radiologisch laboranten, het landelijk informatie systeem in de logopedie, het project kwaliteit door registratie in de fysiotherapie etcetera).

De paramedische beroepen hebben de afgelopen jaren niet uitsluitend aan kwaliteitsinstrumenten gewerkt. In de voorwaardenscheppende sfeer moest in de paramedische zorg begin jaren negentig nog veel worden gedaan op het gebied van classificatie en verslaglegging.

Classificatiesystemen

De ontwikkeling en het gebruik van classificaties vormt de basis voor veel andere kwaliteitsactiviteiten. Een eenduidig begrippenapparaat is belangrijk in de communicatie tussen paramedici, verwijzers, patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Het classificatiesysteem dat veel paramedische beroepen gebruiken is de ICIDH, dit staat voor International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (stoornissen, beperkingen en handicaps). In de periode 1990 tot 1996 is gewerkt aan het ontwikkelen van (ontwerp)classificaties voor bijvoorbeeld de onderdelen diagnostiek, verrichtingen, hulpmiddelen en anatomische lokalisatie. Anno 2000 beschikken daardoor zeven paramedische beroepsgroepen over (ontwerp) classificaties, namelijk fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en mondhygiënisten. Over het verloop van de classificatieprojecten projecten en de inhoud van de eindproducten is een evaluatierapport verschenen (Hofhuis, 2000).

Verslaglegging patiëntenzorg

Om te bewerkstelligen dat beroepsbeoefenaren de door hen verleende zorg op uniforme wijze registreren hebben vijf beroepen binnen het kwaliteitsprogramma een registratiesysteem voor de patiëntenzorg ontwikkeld. Een dergelijk registratiesysteem omvat een registratieformulier waarop de paramedicus alle noodzakelijke informatie op geordende wijze kan vastleggen. De registratiesystemen bevatten ook een

overzicht van de classificaties en coderingen die dienen te worden gebruikt. Een dergelijke uniforme verslaglegging is noodzakelijk voor geautomatiseerde gegevensverwerking. Het streven van veel beroepsgroepen is om op geautomatiseerde wijze gegevens over de (kwaliteit van) paramedische zorg te verzamelen van waaruit op den duur ook spiegelinformatie aan de individuele paramedicus kan worden verstrekt. De logopedie en de fysiotherapie zijn relatief ver gevorderd met de ontwikkeling van geautomatiseerde informatiesystemen.

10.4.1 Normen en criteria

Beroepsprofielen

De eerste beroepsprofielen voor paramedici zijn eind jaren tachtig tot stand gekomen. In de daarop volgende jaren zijn voor alle paramedische beroepen profielen ontwikkeld. Het doel was het helder in kaart brengen van beroepen om op basis daarvan beroepsopleidingsprofielen te maken. In aanvulling op de beroepsprofielen beschikken paramedici ook over een beroepscode.

Omdat de werkzaamheden van paramedici aan veel veranderingen onderhevig zijn, hebben recent vijf beroepsgroepen de beroepsprofielen aangepast en geactualiseerd[1]. Aangebrachte veranderingen hebben onder andere betrekking op de veranderde wetgeving (Wet BIG), veranderingen in de verwijsrelatie tussen paramedicus en arts, en veranderingen tengevolge van nieuwe ontwikkelingen in de zorg zoals de opkomst van transmurale en multidisciplinaire (keten)zorg en vaktechnische veranderingen bijvoorbeeld op het gebeid van thuiszorgtechnologie, laserbehandeling of het toepassen van lokale anesthesie. Actualisatie is belangrijk omdat beroepsprofielen de basis vormen voor de eindtermen van de opleidingen die vervolgens ook aangepast worden.

Richtlijnen, standaarden en protocollen

Acht van de tien paramedische beroepen zijn gestart met de ontwikkeling van landelijke richtlijnen, standaarden en protocollen[2]. Onderwerpen voor richtlijnen zijn vastgesteld evenals de methode voor richtlijnontwikkeling (Visser et al, 1997). Begin 2000 zijn 8 richtlijnen vrijwel gereed, aan de ontwikkeling van minstens 12 richtlijnen wordt nog gewerkt. Twee beroepsgroepen hebben niet gekozen voor de ontwikkeling van landelijke richtlijnen: radiologisch laboranten werken traditioneel altijd volgens de protocollen die in het betreffende ziekenhuis worden gebruikt; door diëtisten worden lokaal (in het ziekenhuis of verpleeghuis) veel protocollen opgesteld.

---

1 Dit betreft de beroepsprofielen van mondhygiënisten, orthoptisten, oefentherapeuten-Mensendieck, radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten. De beroepsprofielen van ergotherapeuten en fysiotherapeuten zijn eveneens recentelijk geactualiseerd (buiten het kwaliteitsprogramma om).

2 De term 'richtlijn' zal als verzamelnaam worden gebruikt in dit hoofdstuk. De beroepsgroepen hebben elk een eigen voorkeur en gebruiken verschillende begrippen.

Diëtisten hebben daarom een landelijk raamwerk voor protocollen opgesteld waaraan de lokale protocollen dienen te voldoen. Landelijk worden databanken van richtlijnen, protocollen en standaarden van elke beroepsgroep bijgehouden.
Een overzicht van de ontwikkelde richtlijnen, standaarden of protocollen staat in schema 10.1[1].

Schema 10.1 Richtlijnen voor paramedici

ergotherapeuten	1:	Ergotherapie bij Amyotrofe Lateraal-Sclerose
	2:	Zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encephalopatie
	3*:	Ergotherapie diagnostiek bij patiënten die een CVA hebben doorgemaakt
fysiotherapeuten	1:	Artrose heup-knie
	2:	Hartrevalidatie
	3*:	Lage-rugpijn
	4*:	Chronisch enkelletsel
	5*:	Whiplash
logopedisten	1*:	Standaarden voor het logopedisch handelen t.b.v. het primair onderwijs
mondhygiënisten	1*:	Richtlijn diagnostiek tandsteenvorming
oefenth.-Cesar	1:	Spondylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew)
	2:	Peripartum bekkenpijn
	3:	Idiopatische scoliose
	4*	Osteoporose
oefenth.-Mensendieck	1*:	RSI
	2*:	Osteoporose
	3*:	Nek- en schouderklachten
orthoptisten	1:	Standaard zorgplan amblyopiebehandeling
	2*:	Protocol preoperatief onderzoek strabysmuschirurgie
podotherapeuten	1*:	Indicatiestelling in de podotherapie

• Aan de ontwikkeling van deze richtlijn wordt nog gewerkt.

Criteria vanuit patiëntperspectief
Zowel in de Leidschendam-afspraken als in de Kwaliteitswet en de Wet BIG is vastgelegd dat patiënten betrokken dienen te worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. In veel sectoren zijn inmiddels ook kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief geformuleerd. Inmiddels is ook voor de paramedische beroepen een eerste stap gezet om hier invulling aan te geven. Voor vier beroepsgroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en diëtisten) is inmiddels

[1] In dit overzicht zijn niet de richtlijnen opgenomen waarvan de ontwikkeling nog moet starten.

bekend welke eisen patiënten aan de kwaliteit van de paramedische zorg stellen[1]. Ook voor de andere paramedische beroepen zijn criteria vanuit patiënten perspectief ontwikkeld. Deze projecten worden in juli 2000 afgerond. Het doel is dat expliciet rekening wordt gehouden met de wensen van patiënten en cliënten en dat deze criteria worden gebruikt bij onder andere intercollegiale toetsing en visitatie.

10.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Registratie en herregistratie

De wet BIG biedt twee regelingen voor beroepen in de gezondheidszorg, de zogenaamde artikel 3 beroepen en de artikel 34 beroepen. Alleen fysiotherapeuten zijn volgens artikel 3 van de Wet BIG geregeld. Voor fysiotherapeuten betekent dit dat een overheidsregister wordt ingesteld en voor hen geldt ook een wettelijk tuchtrecht. Elke fysiotherapeut die zich fysiotherapeut wil noemen moet ingeschreven staan in dit zogenaamde BIG-register; het bezit van een diploma geldt als inschrijvingseis. Voor herregistratie zullen waarschijnlijk eisen worden gesteld ten aanzien van werkervaring en nascholing. Fysiotherapeuten die in het BIG-register zijn opgenomen kunnen zich eveneens inschrijven in het Centraal Kwaliteitsregister van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie). Voor opname in dit kwaliteitsregister worden aanvullende kwaliteitseisen gesteld (van den Berg, 1999a, 1999b). Zo moet een fysiotherapeut bijvoorbeeld deelnemen aan een IOF (intercollegiaal overleg fysiotherapie) en een klachtenregeling hebben[2]. Voor een aantal andere normen gaat de fysiotherapeut een inspanningsverplichting aan, zoals ten aanzien van het volgen bij- en nascholing en het naleven van de landelijke richtlijnen van de KNGF. Bij herregistratie zal worden gecontroleerd of aan deze normen is voldaan.

De overige negen beroepsgroepen zijn geregeld volgens artikel 34 van de wet BIG. Voor deze beroepen is alleen de titelbescherming geregeld maar bestaat geen wettelijk verplicht register. In 1995 hebben de negen verenigingen van deze beroepen besloten zelf een kwaliteitsregister op te zetten. Elke beroepsbeoefenaar die de in de wet omschreven opleiding heeft gevolgd kan zich inschrijven. Na vijf jaar vindt herregistratie plaats die aan bepaalde criteria is gebonden. De paramedische beroepen stellen daartoe een gemeenschappelijk basisregister in en een kwaliteitsregister. De eisen die voor herregistratie gelden kunnen daarbij per beroepsgroep verschillend zijn, maar het soort eisen is wel vergelijkbaar (o.a. werkervaring en bij- en nascholing). De specifieke eisen worden bekend gemaakt bij de start van de registratie per 1 juni 2000[#].

---

1 Deze projecten zijn uitgevoerd door de NP/CF.

2 Dit betreft een klachtenregeling , zoals geformuleerd in de wet Klachtrecht

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met het paramedisch verband

Deskundigheidsbevordering
In het kader van deskundigheidsbevordering zijn voor alle paramedische beroepen kwaliteitscriteria ontwikkeld voor de beoordeling van de kwaliteit van bij- en nascholing. Ook beschikken de beroepen inmiddels over een uitgewerkt plan voor het accrediteren van bij-en nascholing. De beroepen overwegen de mogelijkheid om de accreditatie van na- en bijscholing gezamenlijk uit te voeren.
Voor alle paramedische beroepen is een onderwijsmodule voor kwaliteitszorg ontwikkeld die door de Hogescholen kan worden aangeboden. Voor fysiotherapeuten zijn daarnaast vier specifieke kwaliteitszorgmodules ontwikkeld. Fysiotherapeuten die zich in het kwaliteitsregister willen inschrijven zijn verplicht deze vier specifieke kwaliteitsmodules te volgen. In dit geval zijn fysiotherapeuten niet vrij in het kiezen van nascholingsactiviteiten, maar is de inhoud van een deel van de te volgen nascholing op centraal niveau vastgesteld. Een van deze modulen - de module 'methodisch werken' - wordt inmiddels door diverse HBO-instellingen aangeboden.
Alle beroepsverenigingen bieden scholingsactiviteiten aan en organiseren symposia en themadagen. Ook publiceren alle vereniging periodiek overzichten over het aanbod aan bij- en nascholing. Recente gegevens over aantallen paramedici die bij- en nascholing volgen zijn niet bekend.

Visitatie
Bij de paramedische visitaties gaat het met name om beoordeling van de (organisatorische) voorwaarden voor het verlenen van goede zorg. Het oordeel over de kwaliteit wordt vastgelegd in een visitatieverslag dat aanbevelingen voor verbetering bevat. Acht beroepsgroepen hebben inmiddels een methode voor visitatie ontwikkeld die speciaal is toegesneden op eigen beroepsgroep (zie schema 10.2).

Schema 10.2 Beroepsgroepen die deelnemen aan visitatie en intercollegiale toetsing

	visitatie	intercollegiale toetsing
ergotherapeuten	+	+
diëtisten	+	+
fysiotherapeuten	+	+
logopedisten	-	+
mondhygiënisten	+	+
oefentherapie-Cesar	+	+
oefentherapie-Mensendieck	+	+
orthoptisten	-	-
podotherapeuten	+	-
radiologisch laboranten	+	+

Begin 2000 zijn er inmiddels 102 visitaties uitgevoerd. Voor vijf beroepsgroepen wordt een nazorgprogramma ontwikkeld waarin ondersteuning wordt geboden bij de uitvoering van de aanbevelingen. Medio 2000 komen de resultaten beschikbaar van het NIVEL-onderzoek naar de effecten van visitatie.

Intercollegiale toetsing
De meeste beroepsgroepen ontwikkelen zowel intercollegiale toetsing als visitatie, zoals tabel 10.2 laat zien. Binnen de podotherapie is alleen voor visitatie gekozen. Dit heeft te maken met de omvang van de beroepsgroep; er zijn relatief weinig podotherapeuten die over het gehele land zijn verspreid, waardoor groepsvorming in een aantal regio's teveel reistijd zou vergen. Enkele beroepsgroepen hebben vooralsnog andere prioriteiten in het kwaliteitsbeleid gesteld, bijvoorbeeld de landelijke geautomatiseerde zorginhoudelijke registratie in de logopedie en de ontwikkeling van richtlijnen in de orthoptie.

Acht beroepsgroepen beschikken over een - specifiek op de beroepsgroep toegesneden - methode voor intercollegiale toetsing. Deze toetsing is inmiddels bij alle beroepen op experimentele schaal ingevoerd. De effecten zijn in 1997 geëvalueerd via een enquête onder 646 deelnemers en begeleiders van toetsing. Zie tabel 10.2.

Tabel 10.2 Percentage begeleiders en deelnemers dat specifieke effecten rapporteert op onderstaande gebieden (N=646)

effecten m.b.t.:	begeleiders (N=147)	deelnemers (N=499)	totaal (N=646)
Meer uniformiteit	63%	61%	61%
Concrete verbeteringen	63%	52%	55%
Tijdwinst	10%	11%	11%
Inzicht in eigen handelen	39%	42%	42%
Methodischer werkwijze	52%	54%	53%
Kritischer/bewuster	37%	36%	36%
Geleerd van elkaar	50%	47%	48%
Zicht op elkaars werk	57%	48%	50%
Samenwerking/communicatie	27%	23%	24%
Effectiever vergaderen	27%	14%	17%

Bron: Sluijs, 1997b.

De tabel moet als volgt gelezen worden. Van de 147 begeleiders meldt 63% dat meer uniformiteit is bereikt met betrekking tot het getoetste onderwerp. De deelnemers melden vergelijkbare cijfers. Meer begeleiders dan deelnemers vinden dat concrete verbeteringen gerealiseerd zijn aangaande het getoetste onderwerp, namelijk 63% van de begeleiders en 52% van de deelnemers.

Met het gegeven dat bijna tweederde van de toetsingsgroepen meer uniformiteit meldt ten aanzien van het getoetste onderwerp lijkt een van de doelstellingen van intercollegiale toetsing - het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren - bij tweederde van de respondenten inderdaad te zijn gerealiseerd. Voor eenderde van de res-

pondenten behoorde dit niet tot de belangrijkste effecten. Zij noemen andere effecten zoals meer inzicht in het eigen handelen en een kritischer attitude tegenover het eigen werk.
Hoewel de helft aangeeft dat concrete verbeteringen zijn aangebracht betekenen deze zelden tijdwinst, slechts 11% geeft aan dat tijdwinst is geboekt; bij de grote meerderheid is dit niet het geval.

In de periode 1998-2000 is en wordt door acht beroepsgroepen verder gewerkt aan de implementatie van deze vorm van kwaliteitsbevordering. In tabel 10.3 staat hoeveel nieuwe toetsingsgroepen in elke beroepsgroep worden getraind en hoeveel regionale mentoren of coördinatoren worden opgeleid (bron: Sluijs, et al, 1998). In de fysiotherapie gaat het om het vormen van 800 IOF's (intercollegiale overleggen fysiotherapie). De hier vermelde aantallen toetsingsgroepen komen bij de ruim 230 reeds functionerende toetsingsgroepen[1]. Er is een tussentijdse evaluatie van de voortgang van de toetsingsprojecten projecten uitgevoerd (Hofhuis, 1999). Eind 2000 zal de definitieve evaluatie verschijnen.

Tabel 10.3 Aantal op te leiden toetsingsgroepen in de periode 1998-2000 per beroepsgroep

beroepsgroep	D	E	F	L	M	C	Md	R
Nieuwe (toetsings)groepen	48	-	800	16	18	12	20	24
Getrainde mentoren/coördinatoren	14	8	120	-	20	18	26	-

D = Diëtisten
E = Ergotherapeuten
F = Fysiotherapeuten
L = Logopedisten
M = Mondhygiënisten
C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
R = Radiologisch laboranten

Draagvlak
In zijn algemeenheid blijkt dat er een groot draagvlak is voor de kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepsverenigingen, zo blijkt uit een in 1997 gehouden onderzoek onder ruim 900 in de praktijk werkzame paramedici. Naast deskundigheidsbevordering naleving van het beroepsprofiel - waaraan de hoogste prioriteit wordt toegekend - hechten de respondenten ook veel belang aan nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking zoals en intercollegiale toetsing en het ontwikkelen van landelijke richtlijnen (Sluijs et al, 1997c).
Voor de verdere implementatie van het kwaliteitsbeleid worden echter ook belemmeringen genoemd. De bekende knelpunten spelen ook bij paramedici een rol:

[1] Dit aantal is exclusief de toetsingsgroepen van fysiotherapeuten: intramuraal 98, extramuraal aantal onbekend.

deelname aan intercollegiale toetsing kost tijd en geld en de invoering van landelijke richtlijnen vraagt doorgaans een gedragsverandering die niet vanzelf zal plaatsvinden. Een probleem bij paramedici is daarnaast de diversiteit in werkvelden en specialisaties binnen een beroepsgroep en verschillen in opvattingen over (de beste) behandelwijzen. Een achterstand in wetenschappelijk onderbouwde kennis is daar mede debet aan. Een laatste knelpunt ligt in de lage automatiseringsgraad van een aantal beroepsgroepen, waardoor geautomatiseerde verslaglegging van de patiëntenzorg nog niet op grote schaal kan worden uitgevoerd. Gezien maatschappelijke ontwikkelingen is de verwachting dat de automatiseringsgraad de komende jaren in snel tempo zal toenemen (Sluijs et al 1999).

10.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

In zijn algemeenheid zijn door VWS en door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, voorheen Ziekenfondsraad) financiële middelen ter beschikking gesteld om de paramedische beroepen te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. De overweging daarbij was dat binnen deze beroepen te weinig know-how, menskracht en financiën beschikbaar waren om gelijke tred te houden met de kwaliteitsontwikkelingen in de medische beroepen.
Het eerste kwaliteitsprogramma is uitgevoerd van 1994 tot en met 1996 onder de titel: Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepen (OKPZ), gefinancierd door het Ministerie van VWS. Het zwaartepunt binnen dit programma lag op het verder ontwikkelen en vormgeven van kwaliteitsbeleid. Het tweede programma: Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ), wordt gefinancierd door het CVZ. Binnen dit programma (1997 tot en met 2000) worden 56 projecten uitgevoerd en ligt het accent op de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Inmiddels is een derde kwaliteitsprogramma gestart waarin gewerkt zal worden aan de implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Dit driejarige IKPZ-programma (Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg) wordt eveneens gesubsidieerd door VWS via het CVZ.

Infrastructuur
Door alle beroepsgroepen wordt gewerkt aan een infrastructuur waarbinnen kwaliteitsactiviteiten geïmplementeerd kunnen worden.
Op microniveau worden toetsingsgroepen (of intercollegiale overleggroepen) ingesteld, die worden begeleid door getrainde toetsingsbegeleiders en mentoren. De bedoeling is dat deze groepen naast toetsing ook andere kwaliteitsactiviteiten initiëren. Op regionaal niveau worden kwaliteitscoördinatoren opgeleid. Hierdoor ontstaat een kwaliteitskader dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten en op den duur een goede infrastructuur vormt voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen en

standaarden. De opbouw van deze structuur verloopt bij drie beroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck) in een versneld tempo omdat daarvoor aparte bedragen in de vorm van WFO-gelden ter beschikking zijn gesteld[1].

Positie paramedici
Paramedici werken zowel intramuraal als extramuraal. De professionele autonomie van paramedici hangt in belangrijke mate af van de positie waarin zij werken. In instellingen zijn paramedici mede afhankelijk van het beleid van de instelling dat hen meer of minder vrijheid geeft een eigen kwaliteitsbeleid te voeren of deel te nemen aan bijvoorbeeld onderlinge toetsing of visitatie of het implementeren van landelijke richtlijnen van de beroepsgroep. Instellingen die een integraal (multidisciplinair) kwaliteitsbeleid voeren verwachten van paramedici dat zij (ook) daaraan deelnemen. Vrijgevestigde paramedici kunnen veelal zelf invulling geven aan de kwaliteitsactiviteiten die zij uitvoeren, met als nadeel dat zij daarvoor zelf tijd in moeten ruimen.

Tijd, geld en personele ondersteuning
De omvang van de subsidies die de paramedische beroepen voor het kwaliteitsbeleid ontvangen is voor een deel afgestemd op de omvang van de respectievelijke beroepsgroepen. Met name de fysiotherapeuten ontvangen een groter aandeel. In zijn algemeenheid is de bevinding dat grote beroepsgroepen meer projecten tegelijkertijd aankunnen omdat zij doorgaans beschikken over een verenigings- of stafbureau met stafmedewerkers. Bij kleine beroepsgroepen komt medewerking aan de kwaliteitsprojecten veelal neer op vrijwilligerswerk. Dit brengt het gevaar met zich mee dat de - in de kwaliteitsprojecten - opgedane kennis niet op centraal niveau binnen de beroepsgroep behouden blijft en de continuïteit in gevaar komt.

10.6 Conclusies

Dankzij de stimuleringsprogramma's van VWS en CVZ hebben de paramedische beroepen de afgelopen jaren een aanzienlijke inhaalslag kunnen maken met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en is zeker niet meer van een algehele achterstand sprake. Integendeel, vergeleken veel andere beroepsgroepen zijn zij ver gevorderd met de invoering van intercollegiale toetsing, de ontwikkeling van visitatie en het opbouwen van een infrastructuur. Er is een begin gemaakt met de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en standaarden, maar op dat gebied blijven de huisartsen aan kop lopen. Landelijke gegevens over de kwaliteit van zorg zijn nog niet beschikbaar. In een aantal beroepen wordt daaraan gewerkt via het ontwikkelen van landelijke registratiesystemen en peilstations. Een punt van zorg is de lage

---

[1] WFO: Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie.

automatiseringsgraad (vergeleken met bijvoorbeeld huisartsen en apothekers) en het feit dat de kleine paramedische beroepsgroepen niet over verenigings-/stafbureaus en stafmedewerkers beschikken die zorg kunnen dragen voor het verder ontwikkelen en implementeren van het kwaliteitsbeleid Steun daarbij zal vooralsnog nodig blijven.

Wat betreft de volgorde waarin de diverse kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld en ingevoerd is het duidelijk dat vanaf het eerste begin gewerkt is aan de ontwikkeling van classificatie-systemen en systemen voor de verslaglegging. Dit is gebeurd vanuit de overweging dat eenheid van taal en uniforme verslaglegging voor veel kwaliteits-activiteiten onontbeerlijk zijn. In de ontwikkeling van de overige kwaliteitsinstrumenten is geen specifieke chronologische volgorde te ontdekken. Het is bijvoorbeeld niet zo dat eerst landelijke standaarden zijn ontwikkeld om vervolgens intercollegiale toetsing te introduceren. De volgorde is eerder andersom geweest. Geconstateerd kan worden dat tegelijkertijd aan bijna alle kwaliteitsinstrumenten is gewerkt en dat het kwaliteitssysteem niet in een aantal opeenvolgende stappen tot stand is gekomen.

Op beperkte schaal zijn onderzoeksresultaten bekend over het draagvlak voor het kwaliteitsbeleid en over de implementatie van intercollegiale toetsing en de (gepercipieerde) effecten daarvan. Onderzoek naar de effecten van visitatie is in uitvoering. In 2000 komen onderzoeksresultaten beschikbaar over de implementatie van richtlijnen en standaarden. Over de effecten van de richtlijnen op de kwaliteit van de paramedische zorg zijn nog geen gegevens bekend.

Literatuur

Berg van den , A., Werken aan kwaliteit, Fysiopraxis, april 1999a: 40-42.

Berg van den, A., Kwaliteitsregistratie, Fysiopraxis, augustus 1999b: 18-20.

Hofhuis, H., Sluijs, E., Ende van den, E., Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg (BKPZ), NIVEL, Utrecht, 1999.

Hofhuis, H., Sluijs, E.M., Plas, M., Ende van den E., Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg; evaluatie classificaties- en coderingsprojecten. NIVEL, Utrecht (in druk).

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

NIVEL, NZi. OSA, Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999, Bijlagen, NIVEL/NZi/OSA, 1999.

NVOM, Kwaliteitsbeleidsplan NVOM 1995-2000, NVOM/CBO, Utrecht, 1996.

Paramedisch Verband, Samenwerkingsovereenkomst. Utrecht, 1996.

Rijken, P.M., Heugten van, C.M., Dekker, J., Brancherapport Paramedische Zorg, NIVEL, Utrecht, 1996.

Sluijs, E.M., Dekker, J., Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997. Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ), NIVEL, Utrecht, 1997a.

Sluijs, E.M., Dekker, J., Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Deelrapport 2: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ), NIVEL, Utrecht, 1997b.

Sluijs E.M., Visser, E., Steultjens, M., Dekker, J., Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk. Deelrapport 4: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ), NIVEL, Utrecht, 1997c.

Sluijs, E.M., Roebroeck, M., Ende van den, E., Dekker, J., Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. NIVEL, Utrecht, 1998.

Sluijs, E.M., Dekker, J., Diffusion of a Quality improvement programme among allied health professionals. Int J. Qual. Health Care, 1999; 11: 337-344.

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

Visser, E., Sluijs, E.M., Dekker, J., Ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische beroepsgroepen, Deelrapport 3: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ), NIVEL, Utrecht, 1997.

11 PSYCHOLOGEN

11.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteitsontwikkeling van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen die werkzaam zijn op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In de GGZ is een groot aantal beroepsverenigingen actief en bestaat een grote diversiteit aan beroepsbeoefenaren. Het beroepenveld in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maakt momenteel een belangrijk veranderingsproces door als gevolg van verschillende externe en interne ontwikkelingen, zoals zorginhoudelijke verschuivingen, de Wet BIG, differentiatie en specialisatie. Ten gevolge van deze veranderingen zijn discussies gaande over een herordening van diverse beroepsgroepen in de GGZ, zoals de psychologen, de psychotherapeuten en de psychiaters (Hutschemaekers et al, 1998).

Door de (op handen zijnde) verschuivingen in de positionering van bovenstaande beroepen is als uitgangspunt voor dit overzicht de keuze gemaakt voor die psychologen, psychotherapeuten, pedagogen en gezondheidswetenschappers die geregistreerd zijn als gezondheidszorgpsycholoog (BIG-register, 1998). Zij zijn generalistische professionals, inzetbaar in alle sectoren van de gezondheidszorg. Doorgaans zijn zij werkzaam als zelfstandig behandelaar van psychische stoornissen en van psychische aspecten bij lichamelijke ziekten, invaliditeit en problemen in de levenssfeer. De hoofdtaken zijn diagnostiek en behandeling waarvoor verschillende psychotherapeutische deeltechnieken aangewend kunnen worden (De Jong, 1999).

Wij beperken ons in dit overzicht tot drie verenigingen, het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). De ontwikkeling van activiteiten door de betrokken verenigingen kent overeenkomsten en verschillen. Aandacht is er bij alle betrokken verenigingen voor de profilering van de deskundigheidsgebieden, de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen en het opstellen van criteria voor herregistratie. Daarnaast worden door de verenigingen verschillende accenten gelegd bij het ontwikkelen van activiteiten (Van Ooyen-Houben et al, 1999).

Bij de beschrijvingen van het kwaliteitsbeleid ligt - in dit gehele rapport - het accent op **onderzoeksgegevens** die over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg verschenen zijn in de Nederlandse literatuur[1]. Omdat echter over deze implementatie

---

[1] Zie hoofdstuk 1 voor de verantwoording van de literatuursearches en de gevolgde methode.

en effecten van het kwaliteitsbeleid van psychologen nog weinig empirische gegevens beschikbaar zijn gaan we wat uitgebreider in op het kwaliteitsbeleid dat door de verenigingen is geformuleerd.
Dit hoofdstuk is beperkt tot algemene trends. Nadrukkelijk wordt geen volledigheid gepretendeerd.

11.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen

11.2.1 Omvang en werksetting

Eind februari 2000 zijn er 7.443 gezondheidszorgpsychologen geregistreerd in het BIG-register. In april 1998 is het BIG-register voor gezondheidszorgpsychologen opengesteld. Zittende beroepsbeoefenaren die al werkten op het gebied van individuele gezondheidszorg[1] als psycholoog, (ortho)pedagoog of geestelijk gezondheidskundige konden op grond van werkervaring, opleiding een gehele of gedeeltelijke vrijstelling krijgen van de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog[2] door gebruik te maken van de overgangsregeling. De grote meerderheid van de momenteel geregistreerde gezondheidszorgpsychologen heeft gebruik gemaakt van deze overgangsregeling. De eerste gezondheidszorgpsychologen die de tweejarige postdoctorale opleiding met goed gevolg hebben afgesloten zijn in 2000 opgenomen in het register van gezondheidszorgpsychologen.

11.2.2 Organisatiestructuur

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

De beroepsvereniging voor psychologen, het NIP, is opgericht in 1938 en bevordert de beoefening van de psychologie, zowel in wetenschappelijke als in toegepaste zin.

---

1 Werkzaam zijn in de individuele gezondheidszorg houdt in dat de werkzaamheden zich voor een belangrijk deel richten op het beoordelen, bewaken, beschermen of herstellen van de gezondheid van een cliënt of cliëntsysteem in welke context, setting of sector dan ook (ROG).

2 Zonder meer vrijgesteld zijn de volgende groepen:
- bij het NIP geregistreerde klinisch psychologen;
- bij het NIP geregistreerde Kinder- en Jeugdpsychologen;
- pedagogen met de registratie BBR-specifiek (behandeling) van de NVO;
- pedagogen met de registratie BBR-specifiek (diagnostiek) van de NVO;
- pedagogen met twee deeldiploma's van de Postdoctorale beroepsopleiding Orthopedagogiek Groningen (PDO);
- pedagogen met twee deeldiploma's van de Postdoctorale beroepsopleiding Orthopedagogiek Randstad (PDBO);
- psychologen of pedagogen die bij het ministerie van VWS geregistreerd staan als psychotherapeut

  Tevens zijn psychologen, pedagogen en geestelijk gezondheidskundigen met 8190 uur of meer aantoonbare werkervaring (= 5 jaar full-time werk) vrijgesteld van de opleiding.

Deze doelstelling tracht men te bereiken door onder andere kwaliteitsbevordering en -bewaking van opleiding en beroepsuitoefening. Begin 1999 heeft het NIP ruim 9400 leden. Hiervan zijn er 4394 werkzaam in de sector gezondheidszorg in verschillende secties[1] (NIP, 1998).

Op initiatief van de sectie Psychologen algemene ziekenhuizen is in juni 1994 de Landelijke Vereniging van Medisch Psychologen opgericht. Het doel van deze vereniging is het bevorderen van de wetenschappelijke standaard en het toepassen van de klinische psychologie in de somatische gezondheidszorg, te weten in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Tevens worden de maatschappelijke en beroepsbelangen van haar leden behartigd (De Jong, 1999).

In 1997 is binnen het NIP de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) opgericht. Dit initiatief vanuit de sectie Eerstelijnspsychologen is onder andere ingegeven door de wens om de regionale ROEP's (Regionale Organen van Eerstelijnspsychologen), die veelal een eigen rechtspersoon zijn, van een landelijke koepel te voorzien. Deze vereniging stelt zich ten doel de eerstelijnspsychologie te stimuleren en de maatschappelijke, economische en sociale belangen van haar leden te behartigen (NIP, 1998).

– *Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)*
De beroepsvereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) is opgericht in 1962 als beroeps- en belangenvereniging van pedagogen en onderwijskundigen. Begin 2000 heeft het NVO 3200 leden[#]. Tevens heeft het NVO als doelstelling de beoefening van de pedagogische en onderwijskundige wetenschappen te stimuleren en de theoretische en praktische opleiding te bevorderen. Dit alles tracht men te bereiken door onder andere de beroepsbekwaamheid te bevorderen en de beroepskwaliteit te bewaken. Binnen het NVO bestaan diverse werkverbanden binnen verschillende werkvelden, waaronder de (geestelijke) gezondheidszorg. Deze richten zich op deskundigheidsbevordering, belangenbehartiging, netwerkontwikkeling, collegiaal overleg en informatievoorziening (NVO, 1995).

---

[1] - sectie ambulante geestelijke gezondheidszorg (2530);
- sectie eerstelijnspsychologen (1089);
- sectie psychologen in psychiatrische centra (1204);
- sectie ouderenpsychologie (884);
- sectie psychologen in algemene ziekenhuizen (256);
- sectie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (391);
- sectie revalidatiepsychologen (699);
- sectie forensische psychologie (543);
- werkgroep psychologen in de verslavingszorg (371).

[#] Verwijst naar informatie verkregen van de NVO.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
De beroepsvereniging voor geregistreerde psychotherapeuten (NVP) is opgericht in 1930. De NVP vormt de koepel van acht Specialistische Psychotherapie Verenigingen (SPV-en)[1] en de Nederlandse Vereniging van aankomend Psychotherapeuten (NvaP). De doelstellingen van het NVP zijn - behalve het behartigen van de belangen van het vakgebied psychotherapie[2] en de beroepsgroep psychotherapeuten - het bevorderen van de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening van de psychotherapie. De NVP had eind december 1999 2907 leden en vertegenwoordigt een breed veld aan beroepsbeoefenaren. Zij werken zowel ambulant als (semi-)klinisch, zowel in dienstverband als zelfstandig gevestigd (NVP, 1999). In de jaren '80 heeft de NVP een eigen opleidingssysteem (puntensysteem) gecreëerd, therapeutische kaders vastgesteld en werd er gewerkt aan een duidelijker definiëring van psychotherapie. Met het 'Besluit inzake registratie van psychotherapeuten' uit 1986 werd helderheid verschaft over wie toegang krijgt tot het register. Met de invoering van de Wet BIG in 1993 is 'psychotherapeut' een beschermde titel geworden (Hutschemaekers et al, 1999). Deze titel staat inmiddels weer ter discussie (NVP, 1999).

In 1998 zijn de registers van de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut opengesteld. Dit resulteerde in een stormloop van inschrijvingen. Het NIP adviseert de bij haar vereniging geregistreerde klinisch psychologen zich zo mogelijk bij te laten schrijven in het register van psychotherapeuten. De leden van de NVP met een gedragswetenschappelijke achtergrond zijn aangemoedigd zich in te laten schrijven in het register van de gezondheidszorgpsycholoog. Naar schatting was in 1998 20% van de psychologen geregistreerd bij het NIP als klinisch psycholoog en 9% als eerstelijnspsycholoog. Van de pedagogen is ongeveer een kwart opgenomen in het NVO-register 'BBR-algemeen', 16% in het register 'BBR-specifiek: diagnostiek' en 2% in het register 'BBR-specifiek: behandeling'. Van de psychotherapeuten is de

---

1 De aangesloten specialistische psychotherapieverenigingen zijn:
- Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse (NVPA)
- Nederlands Psychoanalytisch Genootschap (NPG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP)
- Nederlandse Vereniging voor Groeps Psychotherapie (NVGP)
- Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie (VcgP)
- Vereniging voor Gedragstherapie (Vgt)
- Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP)
- Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG)

2 Psychotherapie wordt gedefinieerd als het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten in die zin, dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen, door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van de relatie, teneinde die psychische moeilijkheden op te heffen of te verminderen.

overgrote meerderheid (93%) als zodanig geregistreerd in het overheidsregister psychotherapeuten. Ruim 70% van de psychotherapeuten heeft psychologie als vooropleiding genoten, 12% heeft een andere gedragswetenschappelijke studie gevolgd en de overigen zijn oorspronkelijk maatschappelijk werker of hebben geneeskunde gestudeerd (Hutschemaekers et al, 1998).

11.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

De beroepsverenigingen volgen een eigen traject op het gebied van kwaliteit. Men ontwikkelt beleid, eisen en criteria en toetsingsinstrumenten. Zij hebben op het gebied van kwaliteit aparte afdelingen en/of werkgroepen opgericht. Het NIP heeft een eigen afdeling kwaliteit en opleiding. De NVO heeft (nog) geen aparte afdeling of commissie voor kwaliteitsbeleid, wel bestaan er plannen in die richting. Momenteel zijn er aparte commissies voor registratie en deskundigheidsbevordering. Overige kwaliteitsactiviteiten worden per werkverband ontwikkeld. De NVP heeft binnen haar bestuur een portefeuille kwaliteitsbeleid en richtlijnontwikkeling met een daaraan gekoppelde werkgroep. Er is wel overleg met andere partijen: collega-beroepsverenigingen, soms met de koepel van zorginstellingen, overheid of cliëntenorganisaties (Van Ooyen-Houben et al, 1999). In deze paragraaf wordt besproken: het kwaliteitsbeleid van het NIP, het kwaliteitsbeleid van de NVO en het kwaliteitsbeleid van de NVP, gevolgd door de afstemming van deze verenigingen met elkaar en met derden. Door de diverse verenigingen zijn in het beleid zowel (operationele) doelen, concrete activiteiten als infrastructurele zaken geëxpliciteerd. Voor het overzicht worden ze allemaal in deze paragraaf gepresenteerd.

Kwaliteitsbeleid NIP
Speerpunten van het kwaliteitsbeleid van het NIP zijn:
- vakinhoudelijke kwaliteit van de psychologische dienstverlening;
- een ethisch verantwoorde beroepsuitoefening.

Het NIP ontplooide in de afgelopen jaren vooral activiteiten met betrekking tot opleiding en nascholing in het kader van (her)registratie volgens de Wet BIG. Het NIP is zowel actief op het gebied van normering (het opstellen van criteria) als op dat van toetsing (visitaties).
Belangrijke kwaliteitsinstrumenten zijn: accreditering van bij- en nascholing, visitaties van opleidingen, visitaties van werkplekken van psychologen en herregistratie. Ook intervisie, het professioneel statuut en de beroepsethische code, standaardisering (onder andere het gebruik van tests), protocollering, toetsing via het verenigingstuchtrecht (Klachtenprocedure NIP), het wettelijk tuchtrecht (in de Wet BIG) of het klachtrecht (zoals vastgesteld in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector), dragen bij aan kwaliteit. De bestaande kwaliteitsactiviteiten zijn niet ondergebracht in één kwaliteitssysteem. Het NIP is dit wel de komende tijd van plan. Een belemmering

voor het ontwikkelen van één kwaliteitssysteem vormt het onderscheid tussen psychologen die werken in dienstverband en de vrijgevestigde psychologen. Voor de eersten is kwaliteitsbeleid veelal ingebed in het beleid van de zorginstelling (bijvoorbeeld het Riagg), de vrijgevestigden hebben een andere positie (De Jong, 1999).

Binnen het NIP is in 1997 de Vereniging voor Eerstelijnspsychologen opgericht. Deze vereniging heeft in het kader van haar professionalisering eveneens een beleidskader 'kwaliteit' geformuleerd.

Beleidskader kwaliteit van de LVE:

- Het ontwikkelen van een standaard kwaliteitssysteem ten behoeve van leden van de LVE om de leden in staat te stellen een kritische zelfbeoordeling van de eigen praktijkvoering uit te voeren.
- Het systematisch verzamelen van interne en externe feedback, waarbij gebruik wordt gemaakt van reeds bestaande kanalen, zoals feedback van verwijzers, regionale en landelijke cijfers. Daarnaast het aanboren van nieuwe kanalen.
- Het ontwikkelen van standaardrichtlijnen voor de uitvoering van diagnostiek, de behandelingen, maar ook voor de praktijkvoering in de breedste zin van het woord.
- Het ontwikkelen van een evaluatie-instrument in de vorm van een standaardjaarverslag. Het was de bedoeling dat over 1997 alle regionale verenigingen hun cijfers bekend zouden maken, zodat deze ook landelijk hun bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van beleid en kwaliteit.
- Het benoemen van een visitatiecommissie, die een tweeledig doel dient:
  . ervaring opdoen met het toetsen van praktijkvoering volgens een eerder ontwikkeld model van de Psychologen in Algemene Ziekenhuizen (PAZ);
  . op het spoor komen van reeds bestaande kwaliteitstoetsen binnen praktijken.
- Coördinatie van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid door regionale kwaliteitsfunctionarissen per ROEP (Regionaal Orgaan van Eerstelijns Psychologen).
- Onderzoeken van mogelijkheden van ontwikkeling en financiering van kwaliteitsbeleid op basis van elders ontwikkeld beleid.
- Jaarlijks opstellen van een kwaliteitsjaarverslag.
- Aanpassen van het kwalificatiereglement en de herkwalificatie van reeds geregistreerde eerstelijnspsychologen.
- Bij de ROEP's: begeleiden van de implementatie van de ontwikkelde topics, inventariseren van de behoefte aan afspraken over kwaliteitsthema's en bevorderen van de kennis en betrokkenheid bij het kwaliteitsbeleid van eerstelijnspsychologen. Dit dient te gebeuren door kwaliteitsfunctionarissen van de ROEP.
- Het toegankelijk maken van het kwaliteitssysteem voor leden van de LVE, onder andere door het maken van een kwaliteitshandboek. Hiermee is een start gemaakt in 1998.
- Het in 1999 inventariseren van kwaliteit beheersinstrumenten die op praktijk- en ROEP-niveau zijn ontwikkeld. Onvolledige en ontbrekende delen van het kwaliteitshandboek zullen op basis hiervan worden aangevuld en ontwikkeld (De Jong, 1999).

Kwaliteitsbeleid NVO

De NVO heeft een aantal doelstellingen gedefinieerd voor de jaren 2000-2003 om de professionele beroepsuitoefening van de leden te bewaken en bevorderen.
Deze doelstellingen betreffen:

- opleiding en registratie;
- bevordering van wetenschappelijk onderzoek;

- het bewaken van de kwaliteit en de ethische aspecten van het beroep (NVO, 2000).

Tussen de verschillende doelstellingen bestaat (vooralsnog) geen samenhang. De bewaking en bevordering van de professionele beroepsuitoefening op een systematische wijze bevindt zich nog in een beginstadium.
Om de eerste doelstelling, goede opleidingen en (permanente) bij- en nascholing, te realiseren is een nieuw systeem van registratie en certificering ontwikkeld. Diagnostiek en behandeling - tot op heden gescheiden - worden in dit nieuwe systeem samengevoegd, de opleiding en bij- en nascholing worden verbeterd en de taak van supervisoren wordt verzwaard. Hiervoor wordt een nieuwe structuur gecreëerd.

- De Projectgroep Nieuwe Registraties wordt verbreed tot een Permanente Commissie Kwaliteit en Ontwikkeling (PCKO). Deze PCKO gaat bestaan uit 7 kaderleden uit verschillende werkverbanden.
- Subcommissies worden ingesteld voor o.a. de certificering.

Een tweede aspect van een goede opleiding is het uitwisselen van deskundigheid en ervaring met universiteiten. Hiervoor zullen (structurele) contacten met universiteiten versterkt worden. Het wordt mogelijk om enerzijds op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in de wetenschap en anderzijds kennis beschikbaar te stellen die universiteiten kunnen gebruiken voor de inrichting van opleidingen en wetenschappelijk onderzoek.

De tweede doelstelling is het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek. Er wordt onderzocht of het mogelijk is om het casusmateriaal waarover de NVO beschikt om te zetten naar een databank voor wetenschappelijk onderzoek.

Als derde doelstelling is geformuleerd het bewaken van de kwaliteit en de ethische aspecten van het beroep. De activiteiten die hiervoor in ontwikkeling zijn, zijn standaarden en protocollen, de beroepscode en concrete ondersteuning aan de leden bij de beroepsuitoefening.
De NVO bevordert totstandkoming en bewaking van protocollen en standaarden, zowel wat betreft de professionele als de morele aspecten. Zij doet dat in samenwerking met betrokken partijen en tracht consensus tussen de partijen te bereiken. Concrete doelen op dit gebied zijn:

- Het ontwerpen van een systematiek waarmee het handelen van pedagogen kan worden beschreven en getoetst in termen van professionele en morele standaarden. Dit kan worden gedaan door een deelcommissie van de op te richten PCKO.
- Inventarisatie van reeds bestaande standaarden en protocollen en inpassing in de te ontwerpen systematiek.

De beroepscode en alle procedures die aan klacht- en beroepszaken vastzitten worden (verder) ontwikkeld, evenals de ondersteuning van de eigen leden. Doelen die hiervoor geformuleerd zijn, zijn:

- evaluatie van de huidige beroepscode;
- verbetering en verheldering van procedures van de behandeling van klacht- en beroepszaken;
- verbetering van de aansluiting bij de wettelijke voorschriften;
- verbetering van de informatie en instructie aan de leden over de gang van zaken bij klacht- en beroepszaken;
- ontwerp van een begeleidingstraject voor leden tegen wie een klacht loopt;
- benoeming en onderscheiding van verantwoordelijkheden en taken van medewerkers van het bureau in klacht en beroepszaken;
- opzet van een helpdesk functie voor beroepsbeoefenaren ten behoeve van ondersteuning bij problemen in de beroepsuitoefening.

Kwaliteitsbeleid NVP
De NVP stelt zich ten doel de kwaliteit van het vak te bevorderen en de positie van psychotherapie te verstevigen. De NVP behartigt de belangen van alle psychotherapeuten, ongeacht hun basisdiscipline of werksituatie. Belangrijke doelstellingen zijn:
- de positie van psychotherapie binnen de GGZ versterken;
- de kwaliteit van de beroepsuitoefening bevorderen;
- de kwaliteit van opleidingen, bij- en nascholing bevorderen;
- de effectiviteit van psychotherapie inzichtelijk maken;
- psychotherapeuten informeren over actuele ontwikkelingen;
- (potentiële) cliënten informeren over psychotherapie;
- de afstemming met verwante disciplines bevorderen.

De activiteiten van de NVP zijn voor een belangrijk deel gericht op kwaliteit en spitsen zich toe op opleiding, protocollering en wetenschappelijk onderzoek (NVP, 1998). Een overkoepelend systeem is, net als bij het NIP en de NVO, nog in ontwikkeling (Van Ooyen-Houben et al, 1999). In samenwerking met de Stichting Kwaliteitsbewaking Psychotherapie (SKP), de Kamer Psychotherapeut (KP) van het CONO en het Concilium Psychotherapeuticum (CP) heeft de NVP een kwaliteitsplan ontwikkeld waarin concrete handvatten worden geboden om de kwaliteit van de psychotherapie en het bestaande aanbod aan opleiding en nascholing verder te bevorderen (NVP, 1999).

Afstemming van kwaliteitsbeleid
Het NIP overlegt en stemt af met andere beroepsverenigingen zoals de NVP, de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie en de federatie Verpleegkunde in de GGZ. Ook vindt afstemming plaats met werkgeverskoepels (waaronder GGZ Nederland), overheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg en cliëntenorganisaties. Afstemming kan bijvoorbeeld plaatsvinden over een professioneel statuut. Met behulp van een professioneel statuut en profielschetsen kan duidelijkheid geschapen worden in

overlap tussen disciplines in de GGZ. Het NIP legt statuten en voorlichtingsbrochures voor aan koepelorganisaties, overheid, CAO-overlegorganen en soms aan cliëntenorganisaties (Van Ooyen-Houben et al, 1999).

De NVP stemt haar kwaliteitsbeleid af met dat van het NIP, de Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychotherapeuten en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Verder onderhoudt zij contacten met wetenschappelijke instituten, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars (NVP, 1998).

Daarnaast zijn er overkoepelende organen waarin beroepsverenigingen participeren, die een belangrijke rol hebben in de afstemming. Dit zijn de Stuurgroep Landelijke Richtlijnen en het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO).
In de Stuurgroep Landelijke Richtlijnen wordt besproken voor welke stoornissen het wenselijk en mogelijk is om richtlijnen te ontwikkelen. Naast diverse beroepsverenigingen participeert de Inspectie in deze stuurgroep. Er worden werkcommissies ingesteld die daadwerkelijk richtlijnen gaan ontwikkelen.
Het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) houdt zich bezig met het coördineren van nascholing en bijscholing. Dit orgaan heeft een belangrijke rol vervuld in de afstemming van profielschetsen van (gezondheidszorg)psychologen, psychotherapeuten en psychiaters (Van Ooyen-Houben et al, 1999).

11.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Elke beroepsvereniging ontwikkelt eigen kwaliteitsactiviteiten. In dit overzicht worden de activiteiten die ontwikkeld zijn (of in ontwikkeling zijn) beschreven, voor zover hier informatie over bekend was. De activiteiten zijn niet gerangschikt naar beroepsvereniging, maar naar onderwerp. De activiteiten die beschreven zijn, zijn: de beroepscode, het professioneel statuut, de profielschets, standaardisering en protocollering, opleiding, visitatie, accreditering van bij- en nascholing, herregistratie, tuchtrecht en klachtrecht.

11.4.1 Normen en criteria

Beroepscode

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid bij psychologen, pedagogen en psychotherapeuten is de beroepsethiek. In de beroepscode staan afspraken en eisen met betrekking tot deskundigheid, zorgvuldigheid, vertrouwelijkheid, collegialiteit, verantwoording en beeldvorming. In de afgelopen jaren hebben grondige herzieningen van de beroepscodes van het NIP en de NVO plaatsgehad. De meest recente beroepscode van het NIP 'De nieuwe beroepscode voor psychologen 1998' is op 1 januari 1998 in werking getreden. De NVO heeft in 1994 een nieuwe beroepscode

voor haar leden vastgesteld. De beroepscode van de NVP 'Beroepscode voor Psychotherapeuten' is in februari 1991 in werking getreden en wordt momenteel herzien.

Professioneel statuut
Door het NIP wordt een professioneel statuut ontwikkeld. Hierin worden professionele verantwoordelijkheden van de diverse disciplines die werkzaam zijn in een multi-disciplinair werkverband, afgebakend. Daar waar de grenzen worden aangetast door organisatorische kaders of hiërarchische lijnen biedt het statuut duidelijkheid. Regelmatig vindt hierover overleg plaats met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is uiteindelijk de bedoeling dat het professioneel statuut een arbeidsrechterlijke status krijgt. Momenteel wordt het professioneel statuut herschreven en geactualiseerd in verband met ontwikkelingen van de Wet BIG en andere kwaliteitswetgeving (De Jong, 1999).

Profielschets
Het ministerie van VWS heeft aan het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) gevraagd om een coördinerende rol in de afstemming van profielschetsen van (gezondheidszorg)psychologen, psychotherapeuten en psychiaters te vervullen. Het CONO is een landelijk platform van onder andere beroepsverenigingen, instellingen, zorgverzekeraars, patiënten en opleiders. Het CONO heeft het Trimbos-instituut opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de beroepsvorming in de geestelijke gezondheidszorg.
Sinds de openstelling van de registers van gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut bestaat er veel onduidelijkheid in het beroepenveld. De onderzoekers hebben getracht hierin enige orde aan te brengen en doen de suggestie om vooral de relaties tussen gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut en de psychiater te herzien (Hutschemaekers et al, 1999). Hiertoe hebben het NIP en de NVO een commissie van deskundigen ingesteld.

Standaardisering en protocollering
De laatste jaren bestaat er een toenemende aandacht voor richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer gepleit voor intensivering van wetenschappelijk onderzoek en de samenhang van wetenschappelijk onderzoek met implementatie in de praktijk en beleid. Ook het ministerie van VWS pleit voor ontwikkeling van richtlijnen binnen de zorg. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek dat nu verricht wordt naar indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg.

Het Ministerie van VWS heeft in 1996 het Indicatie Overleg geestelijke Gezondheidszorg (IOG) verzocht om een inhoudelijk kader te ontwikkelen voor een objectieve, geïntegreerde en onafhankelijke indicatiestelling in de GGZ. In de eerste fase is een model voor de procedure ontwikkeld; in de tweede fase worden

inhoudelijke criteria en standaarden ontwikkeld, gericht op het in kaart brengen en objectiveren van hulpvragen en op de nadere vormgeving van de indicatiestelling. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het instellen van (inter)gemeentelijke indicatieorganen. De NVP en het NIP zijn hierbij betrokken. Ook wordt er onderzoek verricht naar de poortwachtersfunctie binnen de eerste lijn. Het NIP (sectie Eerstelijnspsychologen) is daarbij betrokken (De Jong, 1999).

Het NIP heeft intern enkele standaardiseringsprojecten lopen. Een voorbeeld hiervan is de standaardisering van testen en het testgebruik en richtlijnen voor psychologisch onderzoek van een minderjarige ten behoeve van justitie. Het NIP heeft in november 1997 de commissie Testgebruik ingesteld. Deze had als opdracht een algemene standaard voor testgebruik te ontwikkelen. Doelstelling van de algemene standaard is de opdrachtgever, de te onderzoeken persoon en de gebruikers van psychodiagnostische instrumenten op een basisniveau te informeren over de aard en mogelijke consequenties van het gebruik van deze instrumenten. Hierdoor wordt een kwaliteitstoets op het gebruik van testen mogelijk. In de standaard worden eisen gesteld aan de opdrachtacceptatie, de onderzoeksprocedure en de rapportage. Daarbij wordt aandacht besteed aan de rechten van de cliënt (De Jong, 1999).

Het NVP startte in 1994 met het in kaart brengen van de praktijk van de diagnostiek en behandeling van depressie. Dit onderzoek resulteerde in 1996 in de publicatie van 'Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie'. Dit protocol geeft een zo compleet mogelijk beeld van de kennis over en behandeling van depressie. Het protocol besteedt aandacht aan alle mogelijke beslismomenten en criteria vanaf het moment van binnenkomst van de cliënt tot en met beëindiging van de behandeling. Ook zijn contra-indicaties voor psychotherapie beschreven (NVP, 1996).

Handboek zelfstandige vestiging
In de toekomst zal het NIP het accent leggen op ontwikkeling van kwaliteitssystemen voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Specifieke regels en normen voor deze doelgroep zijn ontwikkeld voor wat betreft zelfstandige vestiging en automatisering. Het NIP heeft een 'handboek zelfstandige vestiging' uitgegeven waarin inzicht wordt gegeven in de wetten en regels die vrijgevestigden tegenkomen bij het uitoefenen van hun eigen praktijk (Van Beek en De Jong, 1995). Het handboek bevat ook richtlijnen omtrent dossiervorming, het informeren van cliënten over zakelijke aspecten van de behandeling, de behandeling zelf en beroepsethische kanten van het ondernemerschap.

11.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering
In deze paragraaf worden opleidingseisen, visitatie, accreditering van bij- en nascholing, herregistratie en tucht- en klachtrecht besproken.

Opleidingseisen
Na een positieve advisering over de wenselijkheid van het beroep van gezondheidszorgpsycholoog door de Raad BIG heeft het NIP samen met de NVO hiervoor een deskundigheidsgebied en opleidingsvereisten opgesteld. Dit is gebeurd aan de hand van een nota van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (CONO). Deze zijn na goedkeuring door het ministerie van VWS vastgelegd in het Besluit gezondheidszorgpsycholoog in maart 1998 (BIG-register, 1998). Voor deze wettelijke registraties van kracht werden had elke beroepsvereniging zijn eigen kwaliteitscriteria in de vorm van registraties en kwalificaties vastgelegd, van waaruit de ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten gestart is.

Visitatie
Volgens de Jong beschouwt het NIP visitatie als een belangrijk kwaliteitsinstrument. Er zijn visitatieprojecten opgezet voor zowel opleidingsinstellingen, waaronder ook het cursorisch onderwijs valt, als voor de werkplekken van psychologen. In beide gevallen lopen deze visitatieprojecten nog.

Binnen de sector gezondheidszorg bestaat sinds 1993 de plenaire visitatiecommissie van de sectie Psychologen algemene ziekenhuizen. Deze sectie heeft, met steun van de KNMG, de toenmalige LSV en het toenmalige CBO, visitaties opgezet en het 'Reglement visitatie medische/klinische psychologie in ziekenhuizen' opgesteld. Uit de plenaire visitatiecommissie worden ad hoc-visitatiecommissies ingesteld. Deze toetsen ter plaatse aan de hand van normen die de plenaire visitatiecommissie heeft opgesteld:
- of er een coherente afdeling klinische of medische psychologie bestaat;
- of de klinisch psychologen lid zijn van de medische staf;
- of verwijzingen op een inzichtelijke manier plaatsvinden;
- welke referentiekaders worden gebruikt.

Er is inmiddels een aantal proefvisitaties uitgevoerd, waaraan zowel door de instelling als door de klinisch psycholoog is meegewerkt. In een aantal gevallen is geconstateerd dat er door de visitatie een verbetering is opgetreden. De plenaire visitatiecommissie streeft ernaar ongeveer zes visitaties per jaar te doen (De Jong, 1999).

In 1995 is het NIP, de sectie Psychologen algemene ziekenhuizen in samenwerking met het Concilium Psychologicum Clinicum (CPC), begonnen met het opstellen van procedures en een reglement voor het visiteren van opleidingsplaatsen in het kader van de opleiding tot klinisch psycholoog. Vervolgens heeft er een aantal proefvisitaties plaatsgevonden. Hierbij toetst het NIP onder andere:
- of en hoe vaak intervisie en supervisie plaatsvinden;
- of er wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan;
- welke kennisgebieden aan de orde komen;
- of er een goede verdeling is tussen de taakgebieden van psychodiagnostiek,

behandeling en overige taakgebieden;
- of de arbeidsvoorwaarden van de opleiding voldoen aan de eisen.

Van de kant van de gevisiteerde praktijkopleiders en van de kant van het management en de medische staf van de betreffende ziekenhuizen is positief gereageerd op de visitaties. Het NIP is nu bezig met het instellen van een definitieve visitatiecommissie voor de visitatie van opleidingen. De Kamer Gezondheidszorgpsycholoog gebruikt de opgedane ervaringen van de proefvisitatie als basis voor de visitatie van de postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (De Jong, 1999).

Accreditering van bij- en nascholing

De Kamer Gezondheidszorgpsycholoog heeft in het kader van de Overgangsregeling gezondheidszorgpsychologen een accrediteringssysteem ontwikkeld. De Kamer heeft zowel eisen gesteld aan de te volgen cursussen, als criteria opgesteld waaraan een supervisor moet voldoen. Door elke instelling of cursusaanbieder kunnen cursussen ter accreditering voorgelegd worden aan de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog. Bij de accreditering wordt gelet op procedurele aspecten (uitdelen van certificaten en vorm van toetsing) en inhoudelijke criteria. Enkele inhoudelijke criteria zijn:
- de leerdoelen van de cursussen moeten gerelateerd zijn aan de eindtermen van de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog;
- de leerdoelen dienen gedifferentieerd te zijn naar de taakgebieden van de gezondheidszorgpsycholoog, namelijk diagnostiek, indicatiestelling, behandeling, begeleiding en overige taken.

Deze criteria zijn vastgelegd in het 'Reglement procedure en criteria ten behoeve van accreditering cursussen en supervisie door de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog in het kader van de Overgangsregeling gezondheidszorgpsychologen'. In 1999 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de accrediteringsprocedure van de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog. Deze procedure kan worden beschouwd als een pilot voor accreditering van andere cursussen in NIP/NVO-verband (de Jong, 1999).

Registratie en certificering

In 1998 is door de NVO een projectgroep registraties en certificering opgericht. Deze bestaat uit beleidsmedewerkers van het bureau en een klankbordgroep, waarin vertegenwoordigers van de diverse registratiecommissies, werkverbanden, postdoctorale opleidingen en het praktijkveld zitting hebben. De projectgroep heeft als taak het huidige registratiesysteem te actualiseren en uit te breiden. Naast een klinische- en een niet-klinische variant wordt een certificatensysteem ontwikkeld. Uitgangspunt van de vernieuwing zijn de beleidsnotitie 'Advies beroepsbekwaamheidsregistratie in de toekomst' en het huidige systeem van de beroepsbekwaamheidsregistraties-NVO (NVO, 1999).

Herregistratie

Een verplichte periodieke registratie is één van de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten uit de Wet BIG. De Raad BIG had echter in 1996 geadviseerd om een facultatief

stelsel van periodieke registratie in te voeren. Een verplichte periodieke registratie zou te hoge uitvoeringslasten met zich mee brengen ten opzichte van de te behalen kwaliteitswinst (Raad BIG, 1996). Het NIP meent dat een periodieke registratie wél een verplichtend karakter moet hebben om een belangrijk kwaliteitsinstrument te zijn. De termijn van periodieke registratie zou minimaal vijf jaar en maximaal tien jaar moeten zijn. Daarbij dient naast de zorg voor kwaliteit, de uitvoerbaarheid en de financiële mogelijkheden van de regeling en de belasting voor de betrokken beroepsbeoefenaren betrokken te worden. Ook streeft het NIP naar afstemming van het accrediteringsbeleid op herregistratie. De accrediteringseisen worden gebruikt in de advisering over de criteria die gesteld moeten worden bij de periodieke registratie (de Jong, 1999).

Wettelijk tuchtrecht
Met de inwerkingtreding van de Wet BIG vallen de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut onder de Wet BIG. In de toetsing door de wettelijke tuchtcolleges spelen de normen en standaarden die de betreffende beroepsgroep hanteert een belangrijke rol. Het NIP heeft besloten vooralsnog naast het wettelijk tuchtrecht het verenigingstuchtrecht te handhaven.

Verenigingstuchtrecht
Het NIP kent een klachtenprocedure, vastgelegd in het Reglement voor het toezicht. Iedereen die in zijn belangen is getroffen door vermeend ethisch onjuist handelen door een psycholoog die lid is van het NIP, kan hiervan gebruik maken. De klachten worden behandeld door het College van Toezicht, met toepassing van het principe van hoor en wederhoor. Het College toetst het handelen van de psycholoog aan de beroepscode. De op te leggen sancties komen grotendeels overeen met het wettelijk tuchtrecht: waarschuwing, berisping, schorsing van het lidmaatschap van de vereniging voor ten hoogste twee jaar en ontzetting uit het lidmaatschap (De Jong, 1999).

Klachtrecht
In de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector is vastgelegd dat instellingen en zelfstandig gevestigde hulpverleners een onafhankelijke klachtinstantie in moeten stellen of zich bij een bestaande (regionale) klachtencommissie aan moeten sluiten. Een dergelijke commissie kan alleen een oordeel geven over de ingediende klacht, maar geen sancties of maatregelen opleggen. Wel kunnen er door deze instanties aanbevelingen worden gedaan om de zorgverlening te verbeteren. Het NIP wil voor zijn zelfstandig gevestigde leden een landelijke klachtinstantie in het leven roepen (de Jong, 1999). Voor de psychologen in instellingen bestaan de klachtencommissies van deze instellingen.

11.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Infrastructuur
Het kwaliteitsbeleid van de postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog wordt ontwikkeld binnen de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog. Het NIP en de NVO hebben dit orgaan in 1997 gezamenlijk opgericht. De Kamer Gezondheidszorgpsycholoog heeft een regelende en toetsende functie ten aanzien van opleiding en nascholing van het beroep gezondheidszorgpsycholoog. Deze regelende en toetsende functie houdt onder meer in (De Jong, 1999):
- het vaststellen van de criteria van de vereiste vooropleiding van de beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog;
- het vaststellen van de criteria waaraan de beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog dient te voldoen;
- de toetsing van opleidingsprogramma's aan deze criteria;
- het erkennen van opleidingsprogramma's;
- het visiteren van opleidingsprogramma's;
- het (on)gevraagd adviseren aan het CONO over zaken met betrekking tot opleidingen op het gebied van gezondheidszorgpsychologie;
- de afstemming met patiëntenverenigingen, werkgeverskoepels en andere organisaties over behoeften en wensen in het veld ten aanzien van de deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog;
- het ontwikkelen van een periodiek registratiesysteem;
- het vaststellen van criteria met betrekking tot bij- en nascholing, en het toetsen van bij- en nascholingsprogramma's aan deze criteria.

Sinds de oprichting van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) in januari 1997 wordt door deze beroepsorganisatie gewerkt aan haar professionalisering. Er zijn budgetten vrijgemaakt om een centraal bureau in te richten met een beleidsmedewerker en secretariële ondersteuning. Op deze wijze is de LVE dagelijks rechtstreeks aanspreekbaar en kunnen specifieke beleidstaken worden uitgevoerd. Diverse structuren zijn opgezet voor de coördinatie en ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid voor eerstelijnspsychologen (De Jong, 1999). Deze zijn beschreven in paragraaf 11.3 bij de doelen van het kwaliteitsbeleid van de LVE.

Positie van de beroepsbeoefenaar
Bezien vanuit de positie van de gezondheidszorgpsycholoog zijn er een aantal factoren waardoor het ontwikkelen van één kwaliteitssysteem bemoeilijkt wordt. In de eerste plaats is - zoals uit eerdere paragrafen van dit hoofdstuk blijkt - de beroepsgroep van gezondheidszorgpsychologen geen homogene groep. Er vinden veel verschillende activiteiten plaats in verschillende settings waarbij diverse beroepsverenigingen betrokken zijn. Voor gezondheidszorgpsychologen in dienstverband is

het kwaliteitsbeleid ingebed in het beleid van de betreffende zorginstelling. Vrijgevestigde gezondheidszorgpsychologen zijn aangesloten bij één of meerdere beroepsverenigingen. Ten tweede is het terrein van de GGZ (nog) voortdurend in ontwikkeling. In reactie op maatschappelijke veranderingen ontstaan steeds nieuwe werkvelden en onderzoeksterreinen (De Jong, 1999).

Tijd en geld
Wat betreft de inbreng van financiers in het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren moet onderscheid gemaakt worden tussen degenen die in dienstverband werken en de vrijgevestigden. Bij de eerstgenoemde voert de instelling overleg met de zorgverzekeraar. De laatsten voeren direct regionaal overleg met verzekeraars. In dit overleg kunnen afspraken gemaakt worden over onder andere kwaliteitsontwikkeling en transparantie (Van Ooyen-Houben et al, 1999).

11.6 Conclusies

Het ligt voor de hand dat er van de gezondheidszorgpsycholoog nog geen onderzoeksgegevens over de implementatie en effecten van het kwaliteitsbeleid bekend zijn. Wat opvalt is dat er voor de beroepsgroepen van psychologen, pedagogen en psychotherapeuten geen empirische gegevens op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering gevonden zijn. De aandacht van psychologen, pedagogen en psychotherapeuten is de laatste 10 jaren vooral gericht op de positionering en profilering van de diverse deskundigheidsniveaus binnen het werkveld. Juist op dit gebied van domeinafbakening - één van de basisvoorwaarden voor het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem - is er een achterstand vergeleken met veel andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

De laatste jaren is de meeste aandacht van de betrokken beroepsverenigingen uitgegaan naar activiteiten in het kader van de beroepenstructuur. Dit zijn vooral positionerings- en afstemmingsactiviteiten. Op beperkte schaal is er gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten als visitatie, accreditering van bij- en nascholing en herregistratie. Implementatie van deze activiteiten staat nog in de kinderschoenen. Wel is er inmiddels -in overleg met patiëntenverenigingen, werkgeverskoepels en andere organisaties uit het veld- een structuur gecreëerd met een regelende en toetsende functie ten aanzien van opleiding en nascholing van de gezondheidszorgpsycholoog. Tevens zijn op het gebied van richtlijnontwikkeling enkele standaardiseringsprojecten opgezet.

Literatuur

Beek, B. van en E.M.E. de Jong, Handboek Zelfstandige Vestiging. Het Nederlands Instituut van Psychologen, 1995 Amsterdam.

BIG-register, Staatstoezicht op de Volksgezondheid Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staatsblad 1998.

Hutschemaekers, G.J.M., Beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg. Trimbos-instituut, 1998 Utrecht.

Hutschemaekers, G.J.M., L. Neijmeijer. Beroepen in beweging: Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ. Trimbos-instituut. 1998 Utrecht.

Jong, E.M.E. de, Inventarisatie kwaliteitsbeleid van het Nederlands Instituut van Psychologen. Nederlands Instituut van Psychologen. 1999 Amsterdam.

NIP, De nieuwe beroepscode voor psychologen 1998. Nederlands Instituut van Psychologen, 1997 Amsterdam.

NIP, Toelichting op de nieuwe beroepscode voor psychologen 1998. Nederlands Instituut van Psychologen, 1998 Amsterdam.

NIP, Jaarverslag 1997. Nederlands Instituut van Psychologen, 1998 Amsterdam.

NVO, Informatiebrochure. Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. 1995 Utrecht.

NVO, Jaarverslag 1998. Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. 1999 Utrecht.

NVO, Beroepsbekwaamheidsregistratiesysteem NVO. Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. 1999 Utrecht.

NVO, Meerjarenperspectief 2000-2003 Prioriteiten 2000. Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. 2000 Utrecht.

NVP, richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. 1996 Utrecht.

NVP, Jaarverslag 1998. Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Utrecht.

NVP, Jaarverslag 1999 (concept). Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Utrecht.

NVP, De NVP (notitie), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. 1998 Utrecht.

NVP, Nieuws voor psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. 1999 Utrecht.

NVP, Werkplan 1998-2002, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. 1999 Utrecht.

Ooyen-Houben, M. van, M. Place, Naar Leidschendam 2000 Kwaliteitsbeleid in de GGZ; Stand van zaken en blik op de toekomst. Trimbos-instituut. 1999 Utrecht.

Raad BIG, Periodieke registratie. Advies over de toepassing van artikel 8 van de Wet BIG. 1996 Zoetermeer.

ROG, Overgangsregeling GZ-psychologen. Raad voor de Overgangsregeling Gezondheidszorg-psychologen Utrecht.

12 ALTERNATIEVE GENEZERS

E.M. Sluijs, D. Temmink, M. Bennema-Broos

12.1 Inleiding

Beroepsorganisaties in de alternatieve genees- of behandelwijzen hebben het afgelopen decennium aandacht besteed aan nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering (Bijlmer-Hendrikse, 1998). Dit is conform de Leidschendam-afspraken, waar ook het alternatieve veld vertegenwoordigd was. Vanaf 1996 biedt het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO - in opdracht van het Ministerie van VWS - de alternatieve beroepsverenigingen ondersteuning bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Eveneens in opdracht van VWS licht de Consumentenbond de beroepsorganisaties door op hun kwaliteitsbeleid en publiceert de bevindingen in openbare rapportcijfers.

Onder alternatieve geneeswijzen - ook wel niet-conventionele, additieve of niet-reguliere genees- en behandelwijzen genoemd - worden verstaan: alle vormen van diagnostiek en therapie die niet aan de Nederlandse faculteiten of officieel erkende paramedische opleidingen worden gedoceerd (Van Dijk, 1993). Er bestaat een grote diversiteit aan alternatieve of niet-conventionele genees-/behandelwijzen in Nederland. Er zijn bekende alternatieve geneeswijzen, zoals acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijzen, yoga, manuele therapie, antroposofische geneeskunde en paranormale geneeswijzen; er zijn ook minder bekende stromingen waaronder bioelektrische therapieën, chiropraxi, reïncarnatietherapie, rebirthing of zijnsoriëntatie. Niet bij álle alternatieve behandelwijzen is genezing het doel, een aantal is meer gericht op zelfontplooiing en persoonlijke groei.

Dit hoofdstuk gaat in hoofdlijnen in op de gemeenschappelijke trends in het kwaliteitsbeleid van de alternatieve beroepsverenigingen. In het kader van dit rapport kan niet worden ingegaan op het specifieke kwaliteitsbeleid van elke organisatie afzonderlijk. Ook in dit hoofdstuk ligt het accent weer op de onderzoeksresultaten die over de implementatie van het kwaliteitsbeleid bekend zijn. De gegevens zijn voornamelijk gebaseerd op drie NIVEL-onderzoeken die in de periode 1996 - 2000 in opdracht van het Ministerie van VWS zijn uitgevoerd (NIVEL, 1997; Sluijs et al 1998; Temmink en Sluijs 2000).

12.2 Omvang, werksetting en organisatie van de beroepsgroepen

Omvang en werksetting
Op het gebied van de alternatieve beroepsbeoefening zijn in Nederland ruim 10.000 georganiseerde beroepsbeoefenaren werkzaam in 259 verschillende behandelwijzen (Visser, 1998). Tussen deze behandelwijzen bestaan nogal wat overlappingen waardoor de diversiteit groter lijkt dan hij in werkelijkheid is#.
De hoofdstromingen die worden onderscheiden zijn:
- Antroposofische geneeskunde
- Bio-elektronische therapieën
- Homeopathie
- Houdings- en bewegingstherapieën
- Manuele geneeswijzen
- Massages
- Natuurgeneeswijzen
- Ontspanningstherapieën
- Oosterse geneeswijzen (o.a. acupunctuur)
- Paranormale geneeswijzen
- Psychologische therapieën
- Spirituele mensbenaderingen
- Overig, o.a. neuraaltherapie.

Organisatiestructuur
Per genees- of behandelwijze bestaan vaak meerdere beroepsorganisaties. Zo zijn er bijvoorbeeld 3 beroepsorganisaties in de homeopathie, 9 organisaties op het gebied van de natuurgeneeswijzen en ruim 20 organisaties op het gebied van psychologische therapieën.
Er zijn grote verschillen in omvang van de beroepsorganisaties. Een vijfde van de organisaties heeft meer dan 200 leden, waarvan een enkele meer dan 1000 leden heeft. De helft van de organisaties heeft 50 leden of minder.

Ongeveer eenderde van degenen die zijn aangesloten bij een beroepsorganisatie is regulier opgeleid als bijvoorbeeld arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist of psychotherapeut (Temmink en Sluijs, 2000). Zij passen alternatieve behandelingen toe, vaak naast hun reguliere beroepsuitoefening. Tweederde heeft geen erkende reguliere opleiding in de zorg. We praten hier uitsluitend over de alternatieve beroepsbeoefenaren die zich in de beroepsverenigingen georganiseerd hebben.

Ruim de helft van de beroepsorganisaties is verenigd in één van de drie koepelorganisaties. De koepelorganisatie specifiek voor artsen is de Artsenfederatie

---

Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de AAG.

Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG). Relatief veel organisaties van niet-artsen zijn aangesloten bij de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG). De koepelorganisatie voor de paranormale genezers is Het Verbond. Deze koepelorganisaties proberen een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid voor alle aangesloten verenigingen te realiseren, bijvoorbeeld met behulp van een gemeenschappelijk register. Ook worden op koepelniveau gezamenlijke kwaliteitsinstrumenten zoals een gezamenlijke klachtenregeling ontwikkeld.

12.3 Doelen van het kwaliteitsbeleid

De meerderheid van de beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen streeft naar een wettelijke erkenning en bescherming van het beroep (SRBAG gids, 1999). Daartoe wordt gewerkt aan professionalisering van het beroep en wordt - mede als gevolg van algemene maatschappelijke ontwikkelingen - in toenemende mate getracht inhoud te geven aan (nieuwe) vormen van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Voor de beroepsorganisaties zijn er daarnaast drie andere redenen om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Dit heeft te maken met het feit dat de positie van alternatieve beroepsbeoefenaren aan het veranderen is, waarbij op de volgende ontwikkelingen kan worden gewezen:

- Met het in werking treden van de Wet BIG is geen sprake meer van het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde, wat voorheen formeel wel het geval was. Het tot nu toe gevoerde gedoogbeleid is daarmee wettelijk verankerd.
- Zorgverzekeraars hebben meer vrijheid in de zorg die zij kunnen contracteren, in het kader van het dereguleringsbeleid van de overheid. Veel zorgverzekeraars hebben inmiddels alternatieve genees- of behandelwijzen in het (aanvullende) pakket opgenomen.
- Op Europees niveau beraadt men zich over het erkennen van enkele alternatieve genees- en behandelwijzen. Men streeft naar gelijktrekking van de regelgeving in Europa en naar maximale keuzevrijheid voor de consument.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat beroepsorganisaties de kwaliteitsbewaking goed willen regelen teneinde zich te kunnen profileren op kwaliteit.

12.4 Middelen en activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

De hierna gepresenteerde gegevens zijn voornamelijk gebaseerd op drie NIVEL-onderzoeken in de periode 1996-2000. In 1996 is de stand van zaken in het alternatieve veld in kaart gebracht (nulmeting). Vervolgens is in 1998 onderzocht hoe de implementatie van het kwaliteitsbeleid verloopt. Recent is in 2000 een vervolgmeting gehouden. De resultaten laten zien welke voortgang de organisaties

hebben geboekt met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid sinds 1996. In beide gevallen zijn vragenlijsten toegestuurd aan de besturen van de ruim 100 beroepsorganisaties in het alternatieve veld. De respons was in beide onderzoeken goed; meer dan 80% van de beroepsorganisaties heeft de vragenlijst ingevuld en geretourneerd.

12.4.1 Normen en criteria

Tot 1996 hanteerde elke beroepsorganisatie in meerdere of mindere mate eigen normen voor de aangesloten leden. Sinds 1996 zijn overkoepelende normen voor een adequaat kwaliteitsniveau in het alternatieve veld geformuleerd. Deze normen zijn opgesteld, in goed overleg tussen alle betrokken partijen (alternatieve beroepsgroepen, patiënten-/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, inspectie). Deze normen vormen het referentiekader waaraan de stand van zaken bij de beroepsorganisaties in 1996 en begin 2000 is gerelateerd. Het referentiekader - dat als bijlage bij dit hoofdstuk is opgenomen - omvat normen ten aanzien van de volgende rubrieken:

- Opleiding, bij- en nascholing
- Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten
- Toepassing van de genees- of behandelwijze
- Organisatie van de zorgverlening
- Attitude van de beroepsbeoefenaar
- Relatie tot de reguliere zorg
- Klachtopvang en tuchtrecht
- Kwaliteitsbewaking en -verbetering.

De normen in het referentiekader geven aan welke aspecten van het beroep geregeld zouden moeten zijn, bijvoorbeeld de vereiste opleiding, de eisen die gelden om in het beroepsregister opgenomen te kunnen worden, regels voor het stellen van de diagnose (in- en uitsluitingscriteria), regels voor hygiëne en veiligheid, de wijze waarop de relatie met de reguliere zorg is geregeld, de klacht behandeling enzovoorts.
De normen houden ten eerste in dat de beroepsorganisatie duidelijk maakt welke regels voor de beroepsuitoefening gelden zodat er voor patiënten duidelijkheid ontstaat over wat zij wel en niet van de diverse alternatieve beroepsbeoefenaren mogen verwachten.
Daarnaast stellen de normen dat de beroepsorganisatie duidelijk maakt hoe de naleving van de regels is gewaarborgd (bijvoorbeeld via herregistratie, visitatie of via andere vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering).
Het referentiekader beoogt in essentie dus om aan derden, zoals patiënten, zorgverzekeraars en reguliere beroepsbeoefenaren, de kwaliteit van alternatieve genezers zichtbaar te maken.

Met nadruk wordt erop gewezen dat deze normen niets zeggen over de effectiviteit van een behandelwijze. Het gaat uitsluitend om een zorgvuldige uitoefening van het

beroep en de wijze waarop de rechten van en een correcte omgang met patiënten wordt gewaarborgd.

Het invullen van al deze normen door de beroepsorganisaties zal naar verwachting vijf tot tien jaar in beslag nemen, zo werd in het eerste NIVEL-onderzoek in 1996 geconcludeerd. In 2000 is de balans opgemaakt om te zien op welke onderdelen de beroepsorganisaties vooruitgang hebben geboekt. Tabel 12.1 geeft de resultaten.

Tabel 12.1 Percentage beroepsorganisaties met schriftelijke regels ten aanzien van de in de tabel genoemde thema's in 1996 en in 2000

	percentage beroepsberoepsorganisaties		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Opleiding, bij- en nascholing	84%	94%	n.s.
Beroepsregister en herkenbaarheid	63%	82%	0.03
Attitude en gedrag	54%	75%	n.s.
Tuchtrecht en klachtenopvang	52%	67%	0.01
Toepassing van de genees-/behandelwijze	40%	56%	n.s.
Organisatie van de beroepsuitoefening	34%	63%	0.001
Relatie tot de reguliere zorg	27%	46%	n.s.

Bron: Temmink en Sluijs, 2000

De tabel laat zien dat de meerderheid van de beroepsorganisaties in 2000 regels heeft opgesteld ten aanzien van de vereiste opleiding van de leden en ten aanzien van de voorwaarden die gelden om in het beroepsregister te worden opgenomen. Hoeveel organisaties over een beroepsprofiel beschikken is niet exact te zeggen omdat de organisaties verschillen in datgene wat men een beroepsprofiel noemt. Recent heeft het Kwaliteitsinstituut CBO een universeel model voor beroepsprofielen opgesteld, waardoor waarschijnlijk meer eenduidigheid in de beroepsprofielen zal ontstaan.
Relatief veel organisaties hanteren een gedragscode waarin de omgang met patiënten of cliënten is geregeld. Tweederde van de organisaties zegt te beschikken over een klachtenregeling. Relatief weinig organisaties hebben expliciete regels vastgesteld omtrent de diagnosestelling (in- en uitsluitingscriteria) en omtrent de relatie tot de reguliere zorg (informatie uitwisseling, doorverwijzen etcetera). Ook ander onderzoek laat zien dat de relatie tussen beroepsorganisaties in de alternatieve genees- of behandelwijzen en de reguliere zorg niet optimaal is (Visser, 1994).

Op drie gebieden hebben de beroepsorganisaties de afgelopen jaren een betekenisvolle vooruitgang geboekt vergeleken met de stand van zaken in 1996, namelijk het beroepsregister, de klachtenregelingen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Ten aanzien van het beroepsregister betekent dit dat meer beroepsorganisaties geëxpliciteerd hebben aan welke eisen beroepsbeoefenaren moeten voldoen om in het register te worden opgenomen en welke eisen gelden voor herregistratie. Ook hebben patiënten meer duidelijkheid over de vraag welke beroepsbeoefenaren wel en niet gekwalificeerd zijn omdat meer organisaties de beroepsregisters openbaar hebben gemaakt.
Ten aanzien van het interne tuchtrecht en de klachtenopvang zijn er significant meer beroepsorganisaties die een reglement voor het functioneren van de klachtencommissie hebben opgesteld. Op dit gebied heeft een aantal organisaties expliciete ondersteuning van het CBO gehad.
De organisatie van de beroepsuitoefening laat de meeste vooruitgang zien. Dit betekent onder andere dat meer organisaties regels voor het waarborgen van hygiëne (en steriliteit) hebben opgesteld en dat duidelijke regels zijn opgesteld voor het bijhouden van het (patiënten/cliënten)dossier. Een model voor een goed dossier is eveneens door het CBO ontwikkeld.
Hoewel ook op andere gebieden vooruitgang is geboekt, zoals de tabel toont, is dat verschil niet significant.

Ook de Consumentenbond heeft - met behulp van subsidie van het Ministerie van VWS - een aantal projecten rond de kwaliteit van alternatieve genees-/behandelwijzen en naleving van de richtlijnen uitgevoerd. De aanleiding was de telefoonactie 'anders beter?' waar patiënten werden uitgenodigd hun ervaringen met alternatieve behandelingen te melden. Uit de 3000 overwegend positieve reacties bleek dat patiënten met name tevreden waren over het effect van de behandeling en over de manier waarop de behandelaar met de patiënt omging. Negatieve reacties betroffen - naast incidentele slechte ervaringen - vooral het ontbreken van een vergoeding door verzekeraars (Consumentengids, mei 1997).
Om patiënten meer duidelijkheid te verschaffen over de kwaliteit lichtte de Consumentenbond de beroepsorganisaties in 1998 door, en publiceerde op basis daarvan openbare rapportcijfers voor de verschillende beroepsorganisaties in de Consumentengids (Consumentengids, november 1998). Hieraan voorafgaand had de Consumentenbond patiënten geënquêteerd over door hen belangrijk gevonden kwaliteitseisen. Op basis hiervan heeft de Consumentenbond eigen lijst met kwaliteitseisen geformuleerd, welke op sommige punten afwijkt van referentiekader uit 1996[#].
Uit het doorlichten van de beroepsorganisaties concludeerde de Consumentenbond dat de kwaliteitsrichtlijnen van de meeste beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen tekort schoten en onvoldoende waarborg boden voor de kwaliteit van hun aangesloten therapeuten. Er waren vaak geen richtlijnen opgesteld voor hygiëne. Belangrijke manco's in het kwaliteitsbeleid van beroepsgroepen in de

---

[#] Verwijst naar informatie verkregen uit het interview met de AAG

alternatieve genees- en behandelwijzen waren volgens de Consumentenbond: het ontbreken van regels voor consumenteninformatie over de klachtenregeling, over de behandeltarieven en over de vergoedingsmogelijkheden van de behandeling. De onderlinge verschillen tussen de diverse organisatie zijn groot volgens de Consumentenbond.
Vervolgens zijn bij enkele beroepsgroepen steekproefsgewijze de praktijken van de therapeuten zelf bezocht om te zien in welke mate de richtlijnen van de beroepsorganisatie in de praktijk werden gevolgd (Consumentengids, december 1999). De bevinding was dat er grote kwaliteitsverschillen zijn tussen beroepsbeoefenaren, ook binnen één vereniging. De conclusie was daarnaast dat er nog een aanzienlijke kloof bestaat tussen de richtlijnen van de beroepsvereniging en de implementatie daarvan in de praktijk. De Consumentenbond pleit voor betere kwaliteitsbewaking en controle.

12.4.2 Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Deskundigheidsbevordering en bij- en nascholing
Bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid leggen veel organisaties een zwaar accent op (het verhogen) van de opleidingseisen en het reguleren van bij- en nascholing. De overwegingen die daarbij een rol spelen zijn enerzijds het streven het niveau van de gehele beroepsgroep op een hoger plan te brengen, anderzijds wil men daarmee erkenning verwerven van Nederlandse of Europese koepelorganisaties door de door hen gestelde opleidingseisen in te gaan vullen (Sluijs et al, 1998).

In het recente onderzoek van het NIVEL geeft 40% van de organisaties aan dat nascholing verplicht is voor de leden en nog eens een kwart van de organisaties is van plan in de toekomst nascholing verplicht te stellen.
De meeste beroepsorganisaties melden geen problemen te ondervinden bij het handhaven en bewaken van de opleidingseisen en eisen op het gebied van na- en bijscholing, omdat dit bij opneming in het beroepsregister en bij de (toekomstige) herregistratie kan worden gecontroleerd.

Er zijn zeer grote verschillen in duur en zwaarte van de specifieke vakopleidingen in het alternatieve veld, variërend van enkele weken tot opleidingen van vier jaar en meer. In het alternatieve veld werden en worden doorlopend pogingen gedaan de diverse opleidingen naar niveau en zwaarte in te delen. Een groot probleem daarbij is dat moeilijk objectief kan worden vastgesteld welk niveau een bepaalde opleiding heeft omdat deze opleidingen niet wettelijk zijn geregeld (Temmink en Sluijs, 2000).

Kwaliteitsbewaking
Tabel 12.2 laat zien welke vormen van kwaliteitsbewaking door de beroepsorganisaties worden gehanteerd en op welke gebieden daarin vooruitgang is geboekt vergeleken met de stand van zaken in 1996.

Tabel 12.2 Percentage organisaties dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening van haar leden bewaakt in 2000 vergeleken met 1996

	Percentage beroepsorganisaties		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Kwaliteitsbewaking naar aanleiding van klachten	68%	79%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie	30%	39%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via visitatie door de organisatie	19%	35%	0.02
Overige vormen van kwaliteitsbewaking	28%	42%	n.s.

Bron: Temmink en Sluijs, 2000

De meest genoemde vorm van kwaliteitsbewaking is die naar aanleiding van klachten over een beroepsbeoefenaar. Ruim een derde van de organisaties meldt dat de kwaliteit wordt bewaakt door de eisen die bij herregistratie worden gesteld. Vergeleken met 1996 blijkt dat bij meer organisaties visitatie door de beroepsorganisatie is ingevoerd als een manier om de beroepsuitoefening te toetsen en aanbevelingen te doen voor mogelijke verbeteringen in de praktijkvoering. Hierbij zij aangetekend dat het CBO voor een aantal beroepsorganisatie een visitatie-methode heeft ontwikkeld die op experimentele schaal in de beroepsgroep is ingevoerd. Tot slot meldt een kwart van de organisaties (niet in de tabel) dat de organisatie een vorm van intercollegiale toetsing hanteert.

Een tweede manier om feedback op de beroepsuitoefening te krijgen bestaat uit de meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken onder patiënten of cliënten (niet in de tabel). Op dit gebied zijn geen significante veranderingen ten opzichte van 1996 te zien. Minder dan 10% van de beroepsbeoefenaren voert periodiek meningspeilingen uit onder patiënten of cliënten (Temmink en Sluijs, 2000).

In de periode 1992-1994 heeft Stichting Delphi in opdracht van het LOPAG, het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen, enkele manieren (te weten; intercollegiale toetsing, nagesprek hulpverlener-patiënt, regionaal (patiënten)overleg en visitatie-commissie) van kwaliteitstoetsing onderzocht voor het gebruik in het veld van de alternatieve genees- en behandelwijzen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek werd geconcludeerd dat het bewaken en bevorderen van kwaliteit van de alternatief geneeskundige beroepsuitoefening mogelijk is. Er zou sprake moeten zijn van een twee sporenbeleid: enerzijds de instelling van een register van beroepsbeoefenaren, anderzijds regelmatig praktijktoetsingen van individuele artsen en therapeuten (Aakster, 1995). De meest in aanmerking komende vorm van toetsing lijkt een combinatie van een patiëntenvragenlijst en een visitatiecommissie te

zijn. Een patiëntenvragenlijst wordt in principe per arts of therapeut ingevuld door een willekeurige steekproef uit zijn/haar patiënten. Volgens een bepaalde scoringsmethodiek wordt daarvan een beoordelingsprofiel opgesteld. Daarnaast zou een visitatie kunnen plaatsvinden van deze arts door een commissie bestaande uit beroepsgenoten en een patiënt. Ook hieruit kan een beoordelingsprofiel voortvloeien. Vervolgens zou een systeem dienen te worden ontwikkeld van certificatie, welke gebaseerd is op de inschrijving in het register en een gunstige praktijkbeoordeling (Aakster, 1995).

Intern tuchtrecht en klachtenregelingen
Alternatieve beroepsbeoefenaren vallen strikt genomen niet onder de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). De meerderheid van de organisaties heeft desondanks een klachtenregeling en/of een intern tuchtrecht ingesteld. In een aantal gevallen is een centrale klachtenregeling door de koepelorganisatie opgesteld in samenwerking met de NP/CF.
In 1998 concludeerde de Consumentenbond op basis van haar onderzoek dat klachtencommissies van diverse beroepsorganisaties niet onafhankelijk zijn en zijn samengesteld uit leden van de organisatie zelf. Bovendien, concludeerde de consumentenbond, zijn de verhaalmogelijkheden bij schade voor de consument beperkt doordat slechts weinig organisaties een beroepsaansprakelijkheidsverzekering verplicht stellen voor hun leden.
Recent is door het Kwaliteitsinstituut CBO een model-klachtenregeling ontwikkeld, waarin onder andere wordt beschreven: de doelstelling van de klachtregeling, taken, bevoegdheden en samenstelling van een klachtencommissie, procedure voor het indienen van een klacht en de werkwijze van de klachtencommissie. Op basis van dit model kunnen beroepsorganisaties hun klachtenregeling invullen of aanpassen.

Patiëntenoordelen
Een peiling van de Consumentenbond onder 800 consumenten laat zien welke kwaliteitsaspecten patiënten het zwaarst laten wegen (Consumentengids, november 1998). Het belangrijkst vinden de ondervraagde consumenten dat er eisen met betrekking tot privacy bescherming worden gesteld. Op de tweede plaats hechten consumenten veel waarde aan medische basiskennis in de opleiding van alternatieve behandelaars, echter een alternatieve behandelaar hoeft van de consument niet persé medicus te zijn met een reguliere artsenopleiding. Ten derde vinden consumenten het belangrijk dat er duidelijke richtlijnen zijn voor hygiëne. Of de ervaringen van patiënten met alternatieve genezers stroken met deze verwachtingen is niet onderzocht.

Implementatie kwaliteitsbeleid
In 1998 heeft het NIVEL - via diepte interviews met de besturen van 40 beroepsorganisaties in het alternatieve veld - onderzocht hoe de implementatie van het kwaliteitsbeleid verloopt en welke factoren daarbij bevorderend dan wel

belemmerend werken. In grote lijnen blijkt daaruit dat de implementatie gemakkelijker verloopt als:
- de leden een hechte groep vormen
- gemotiveerd zijn zich te onderscheiden in kwaliteit
- er korte communicatielijnen tussen bestuur en leden bestaan
- en er een goede infrastructuur in de beroepsgroep bestaat.

Daarnaast is recent gebleken (Temmink en Sluijs, 2000) dat de beroepsorganisaties de ondersteuning door het CBO en de kritische aandacht van de Consumentenbond (via de openbare rapportcijfers) ervaren als een bevorderende factor voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitsbeleid. Verondersteld wordt dat deze aandacht van externe partijen door de besturen van de verenigingen kan worden gebruikt om hun leden te overtuigen van het belang van kwaliteitszorg, waarmee zij een extra argument hebben voor de implementatie van hun kwaliteitsbeleid.

Belemmerend voor het kwaliteitsbeleid is volgens de besturen van de verenigingen dat veel leden meer geïnteresseerd zijn in de inhoud van de genees- of behandelwijze en het nut van regelgeving niet inzien. Belangrijke belemmeringen zijn daarnaast vooral het gebrek aan personeel om alle activiteiten uit te voeren en de financiële middelen die daarvoor nodig zijn.

Uit het recente NIVEL onderzoek blijkt dat beroepsverenigingen - die op verenigingsniveau - een overeenkomst hebben met een of meerdere zorgverzekeraars over de vergoeding van de genees- of behandelwijze een beter ontwikkeld kwaliteitsbeleid hebben dan degenen die geen vergoedingsregeling hebben. 19% heeft een dergelijke vergoedingsregeling en de overige 81% heeft die niet. Hieruit mag niet worden geconcludeerd dat een vergoedingsregeling per definitie leidt tot een goed ontwikkeld kwaliteitsbeleid. Het omgekeerde kan ook het geval zijn, namelijk dat zorgverzekeraars uitsluitend overeenkomsten afsluitend indien het kwaliteitsbeleid goed ontwikkeld is. Over dit kip-en-ei-probleem kunnen op basis van het onderzoek geen uitspraken worden gedaan.

12.5 Condities en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg

Om de ontwikkeling van kwaliteitszorg door de alternatieve beroepsorganisaties te stimuleren heeft het Ministerie van VWS de afgelopen jaren de volgende maatregelen genomen.

Ten eerste is aan het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO subsidie verleend voor het uitvoeren van een driejarig ondersteuningsprogramma voor het alternatieve veld. Het CBO heeft de beroepsorganisaties geassisteerd bij onder andere de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid, bij het opstellen van beroepsprofielen en

klachtenregelingen, bij het ontwikkelen van een model cliëntendossier en bij het ontwikkelen van visitatie.
Ten tweede heeft het NIGZ (Nederlands instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) zich bezig gehouden met informatie verschaffing (via bijvoorbeeld internet) over en voor alternatieve beroepsbeoefenaren.
Ten derde heeft de Consumentenbond de beroepsorganisaties doorgelicht en op basis daarvan rapportcijfers aan de organisaties toegekend. Deze rapportcijfers zijn openbaar gepubliceerd in de Consumentengids.

Infrastructuur
Zoals vermeld is ruim de helft van de beroepsorganisaties aangesloten bij een koepelorganisatie. Over de infrastructuur bij elke beroepsorganisaties afzonderlijk zijn geen onderzoeksgegevens bekend. Wel moet daarbij overwogen worden dat ongeveer de helft van de organisaties klein zijn - met 50 leden of minder - zodat er korte communicatielijnen tussen het bestuur en de leden kunnen bestaan. Een belemmerende factor is het feit dat het alternatieve veld voortdurend in beweging is: organisaties verdwijnen, splitsen zich op en er ontstaan nieuwe organisaties. Dit kan het creëren van een stabiele infrastructuur belemmeren.

Positie van de alternatieve beroepsbeoefenaren.
Enerzijds zijn de beroepsorganisaties in het alternatieve veld nauwelijks aan wettelijke regelgeving gebonden. Dit betekent dat zij hun kwaliteitsbeleid in grote mate naar eigen inzicht vorm kunnen geven. Anderzijds ontberen deze beroepsgroepen de steun van allerlei instituten en instanties, denk aan universiteiten, hogescholen en landelijke organisaties, die hen via experimenten en onderzoek zouden kunnen ondersteunen bij de onderbouwing van hun kwaliteitsbeleid. Dit betekent bijvoorbeeld dat nauwelijks onderzoeksgegevens voorhanden zijn om wetenschappelijk onderbouwde vakinhoudelijke richtlijnen te ontwikkelen.

Tijd, geld en personele ondersteuning
Zoals eerder opgemerkt beschikken de meeste beroepsorganisaties van alternatieve genees-/behandelwijzen niet over een bureau of stafmedewerkers en ook niet over de financiële middelen om het kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en in te voeren. Veel is afhankelijk van vrijwilligers binnen de beroepsgroep. Dat heeft consequenties voor het tempo waarin de ontwikkelingen verlopen en kan de continuïteit in gevaar brengen.

12.6 Conclusies

De conclusie is dat de beroepsorganisaties in het alternatieve veld met name in de afgelopen drie jaar significante vooruitgang hebben geboekt op het gebeid van kwaliteitszorg. Het is plausibel dat de vooruitgang op een aantal gebieden

(klachtenreglement en dossier) mede te danken is aan het ondersteuningsprogramma van het CBO dat daar specifiek op was gericht. In zijn algemeenheid mag worden verondersteld dat het stimuleringsprogramma van het Ministerie van VWS een stimulans voor de ontwikkelingen is geweest.
Dat de meerderheid van de beroepsorganisaties nog veel werk zullen moeten verzetten om aan alle normen van het referentiekader te voldoen, valt niet te ontkennen. Een probleem blijft de ondoorzichtige structuur van de opleidingen in het alternatieve veld en onduidelijkheid over de zwaarte van de diverse opleidingen. Hiervoor bestaan nauwelijks oplossingen zolang opleidingen niet wettelijk zijn geregeld. Ook de implementatie van kwaliteitszorg zal - evenals in het reguliere veld - nog de nodige inspanningen vragen.

Vergeleken met de reguliere zorg zijn naast overeenkomsten ook enkele opvallende verschillen te zien. In het alternatieve veld ligt een zwaar accent op het regelen van de basale voorwaarden voor de beroepsuitoefening. Met name op het reguleren van opleiding, bij- en nascholing, het opstellen of aanpassen van beroepsprofielen en klachtenregelingen en het opstellen van richtlijnen voor de praktijkorganisatie en de dossiervorming. In de reguliere zorg is de aandacht verschoven naar vakinhoudelijke protocollering en de implementatie daarvan. Dit wijst op een verschil tussen de reguliere en de alternatieve beroepsorganisaties in de ontwikkelingsfase waarin de respectievelijke beroepsgroepen verkeren. Een tweede verschil is dat in de reguliere zorg veelal is begonnen met het invoeren van intercollegiale toetsing en daarna pas met visitatie. De beroepsorganisaties in het alternatieve veld blijken meer prioriteit aan visitatie te geven dan aan intercollegiale toetsing.

Onderzoeksgegevens over de implementatie van het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld zijn vooralsnog uitsluitend aanwezig op het niveau van de beroepsorganisaties, zoals in dit hoofdstuk is beschreven. In hoeverre beroepsbeoefenaren het kwaliteitsbeleid van hun beroepsvereniging uitvoeren zijn nauwelijks gegevens bekend. De Consumentenbond heeft steekproefsgewijze onderzoek gedaan onder praktiserende leden van enkele beroepsorganisaties en is voornemens dat te continueren. Onderzoek naar de effecten van de kwaliteitsbewaking op de kwaliteit van de verleende zorg is nog niet bekend. Daarnaast ontbreekt - zoals eerder opgemerkt - in veel gevallen onderzoek naar de effectiviteit van genees- of behandelwijzen waardoor het ontwikkelen van vakinhoudelijke, wetenschappelijk onderbouwde, protocollen ernstig wordt bemoeilijkt.

Literatuur

Aakster, CW. Verzekeraars, kwaliteitstoetsing en alternatieve geneeswijzen. In: De Kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief; projecten van patiëntenorganisaties. Utrecht: NP/CF, 1995, pp.153-165.

Bijlmer-Hendrikse, M. Gezondheidszorg in ontwikkeling. In: NIGZ-gids alternatieve geneeswijzen 1997/1998; beroepsopleidingen, beroepsverenigingen en koepelorganisaties. Woerden: NIGZ, pp.10-14.

Consumentenbond. Duidelijkheid kwaliteit alternatieve genezer gewenst. Consumentengids, mei 1997.

Consumentenbond. Kwaliteit organisaties alternatieve behandelaars ondermaats. Consumentengids, november 1998.

Consumentenbond. Praktijk blijft ver achter bij theorie. Consumentengids, december 1999.

Dijk, van P. Geneeswijzen in Nederland: compendium van alternatieve geneeswijzen. Deventer: Ankh-Hermes BV, 1993.

NIVEL. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NIVEL, 1997.

Sluijs EM, Miltenburg IA, Visser GJ, Bakker DH de. Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NIVEL, 1998.

SRBAG Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Alternatieve Genees-/behandelwijzen. Adressengids 1999. Amersfoort, SRBAG, 1999.

Temmink D, Sluijs EM. Kwaliteitsbeleid Beroepsorganisaties Alternatieve Genees-/behandelwijzen in 2000. Rapport derde fase. Utrecht, NIVEL, 2000

Visser, G. Ondersteuning kwaliteitszorg alternatieve behandel-/geneeswijzen. In: NIGZ-gids alternatieve geneeswijzen 1997/1998; beroepsopleidingen, beroepsverenigingen en koepelorganisaties. Woerden: NIGZ, pp.15-17.

Visser GJ. Peters P. Samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten: evaluatie van twee experimenten. Utrecht, NIVEL, 1994.

Bijlage Referentiekader:
De organisatie beschikt over richtlijnen ten aanzien van onderstaande onderwerpen en maakt inzichtelijk hoe de naleving is gewaarborgd:

Opleiding, bij- en nascholing

1. De eisen die aan de reguliere opleiding gesteld worden.
2. De eisen die gesteld worden aan de opleiding in de (alternatieve) genees-/behandelwijze.
3. De eisen die gelden ten aanzien van bij- en nascholing.
4. De wijze waarop handhaving van deze opleidingseisen is gewaarborgd.

Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten

5. Selectiecriteria voor opname in een beroepsregister.
6. Regels ten aanzien van herregistratie.
7. De wijze waarop gekwalificeerde beroepsbeoefenaren herkenbaar zijn.
8. De wijze waarop handhaving van deze selectiecriteria en regels is gewaarborgd.

Toepassing van de genees-/behandelwijze

9. Een omschrijving van de toegepaste genees-/behandelwijze(n).
10. Een omschrijving van de hiervoor vereiste deskundigheden en vaardigheden.
11. Een beschrijving van onderdelen die protocollair geregeld zijn.
12. Regels voor het stellen van een diagnose.
13. Regels voor het voorschrijven van medicijnen.
14. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels

Organisatie van de zorgverlening

15. Regels voor de bereikbaarheid van beroepsbeoefenaren.
16. Richtlijnen voor de inrichting van de praktijkruimten.
17. Regels voor de patiënten- of cliëntenstatus of dossier.
18. Regels voor het bewaken van de hygiëne.
19. Regels voor de tarieven van de behandeling.
20. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels.

Attitude van de beroepsbeoefenaar

21. Regels ten aanzien van de privacybescherming.
22. De beroepscode of gedragsregels voor het omgaan met patiënten/cliënten.
23. De gedragscode voor het omgaan met collega's.
24. Regels voor de overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten.
25. De wijze waarop gezorgd wordt voor handhaving van deze regels.

Relatie tot de reguliere zorg

26. Schriftelijke informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de genees-/behandelwijze.
27. Regels voor de relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren.
28. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels

Klachtenopvang en tuchtrecht

29. Een klachtenreglement en een klachtencommissie.
30. De wijze waarop zorggedragen wordt voor adequate klachtenopvang en -behandeling en de wijze waarop de patiënt/cliënt daarvan op de hoogte wordt gesteld.
31. Een intern (verenigings)tuchtrecht en een tuchtcommissie.
32. De wijze waarop wordt zorggedragen voor een adequate toepassing van het verenigingstuchtrecht.

Kwaliteitsbewaking en -verbetering

33. De wijze waarop patiënten-/cliënten(organisaties) betrokken zijn bij kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.
34. De wijze waarop intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering plaatsvindt.
35. De wijze waarop de organisatie bewaakt dat beroepsbeoefenaren voldoen aan de binnen de organisatie geldende regels, normen of eisen.
36. De wijze waarop een koepelorganisatie betrokken is bij de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

13 BESCHOUWING EN CONCLUSIES

Doel van dit rapport
Dit rapport geeft een overzicht van de wijze waarop de beroepsverenigingen in de Nederlandse gezondheidszorg het afgelopen decennium invulling hebben gegeven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. De periode van 10 jaar is gekozen omdat de eerste Leidschendam conferenties in 1990 een markeringspunt vormden voor hernieuwde aandacht voor kwaliteitsbewaking in de zorgsector. Toen hebben de koepel en -brancheorganisaties afgesproken kwaliteitssystemen in te gaan voeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. In 1995 zijn deze afspraken herbevestigd op de derde Leidschendamconferentie. In 2000 worden de afspraken geëvalueerd en zullen nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid in de zorgsector worden gemaakt. Dat is de aanleiding tot het verschijnen van dit rapport.
Omdat de afspraken op koepelniveau zijn gemaakt is als invalshoek in dit rapport gekozen voor de kwaliteitsactiviteiten die op koepelniveau ontwikkeld zijn en derhalve voor de gehele beroepsgroep gelden. Voor de ontwikkelingen bij de instellingen verwijzen we naar een parallelle overzichtsstudie die als titel heeft: 'Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 2000' (Sluijs en Wagner, 2000). Tezamen geven beide rapporten een beeld van de voortgang die de afgelopen jaren is geboekt. Het doel is gegevens aan te leveren als input voor de discussies op de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000.

Beperkingen van het onderzoek
De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op beleidsnota's van de beroepsverenigingen en op een literatuurstudie per beroepsgroep. Deze literatuurstudie was beperkt tot onderzoeksgegevens die omtrent de implementatie en de effecten van kwaliteitszorg bekend zijn. Beschouwende literatuur is niet meegenomen. Hiermee is ook de eerste beperking van de studie aangegeven. Het betekent dat recente ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld ketenzorg relatief onderbelicht zijn, omdat daarover nog nauwelijks onderzoeksgegevens bekend zijn.
Een tweede beperking vloeit voort uit het feit dat de overkoepelende organisatie als invalshoek is gekozen en niet de diverse deelverenigingen binnen een beroepsgroep. Denk aan de 62 deelverenigingen die er op het gebied van de verpleging en verzorging bestaan of de 30 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, die een eigen kwaliteitsbeleid hanteren. Aanvullende gegevens over datgene wat beroepsbeoefenaren in de instellingen aan kwaliteitszorg doen zijn te vinden in het eerder genoemde onderzoek onder instellingen (Sluijs en Wagner, 2000).
Daarmee is dit rapport beperkt tot globale gegevens over een beroepsgroep en wordt nadrukkelijk geen volledigheid gepretendeerd.

Vier elementen in een kwaliteitssysteem
De huidige stand van zaken kan worden gerelateerd aan de fasen waarin de opbouw van een kwaliteitssysteem verloopt (Klazinga en Casparie, 1993). Beroepsgroepen richten zich daarbij op een viertal elementen, gekenmerkt door het ontwikkelen van:

1. een beroepsprofiel en een eigen opleiding en bij- en nascholingsactiviteiten;
2. een stelsel van normen en richtlijnen en registratie van de verleende zorg;
3. systematische kwaliteitsbewaking en bevordering via o.a. intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties;
4. externe verantwoording via bijvoorbeeld herregistratie, via externe beoordeling of certificering of via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag.

In grote lijnen zijn deze vier elementen respectievelijk gericht op deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit. Indien binnen een beroepsgroep structuren bestaan om deze vier onderdelen in onderlinge samenhang goed te laten functioneren kan volgens Klazinga e.a. van een kwaliteitssysteem worden gesproken.

De gegevens in dit rapport laten zien dat deze vier elementen in het kwaliteitsbeleid van elke beroepsgroep terugkomen. In dat opzicht lijken alle beroepsgroepen de ideeën over de invulling van een kwaliteitssysteem te delen. In hoeverre dat mede komt doordat beroepsgroepen de ontwikkelingen bij elkaar afkijken of van elkaar overnemen is niet bekend.

Verschillen in ontwikkelingsfase
Er zijn grote verschillen tussen de beroepsgroepen in de fase waarin de ontwikkelingen verkeren. Het is niet eenvoudig om wat dat betreft een rangorde in de beroepen aan te brengen omdat daarvoor geen maatlat bestaat. Beroepsgroepen gaan ook niet tewerk volgens de hier geschetste volgorde bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Het is niet zo dat beroepsgroepen bijvoorbeeld pas overgaan tot toetsing nadat richtlijnen ontwikkeld zijn. Er wordt tegelijkertijd aan een veelheid van activiteiten gewerkt.
Als we - met dat voorbehoud voor ogen - toch trachten de beroepen op een globale wijze in te delen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is, ontstaat globaal het volgende beeld.
Vergevorderd met de ontwikkelingen op de vier gebieden zijn de apothekers, de huisartsen, en de medisch specialisten.
Een middenpositie wordt ingenomen door verpleeghuisartsen, tandartsen, paramedici en verloskundigen. Minder ver met de ontwikkelingen zijn de sociaal geneeskundigen, de verplegende en verzorgende beroepen, de psychologen en de alternatieve genezers.
Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin de hier boven genoemde vier elementen (deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit) zijn geïmplementeerd en er structuren bestaan voor de voortgang van de ingezette activiteiten.

Een verklaring voor deze verschillen is niet eenvoudig te geven. Dat de mate van professionalisering een rol speelt ligt min of meer voor de hand, omdat 'de mate waarin een beroepsgroep de kwaliteit van haar leden bewaakt' een van de kenmerken is van professionalisering.

De verschillen zouden voor een deel toegeschreven kunnen worden aan de menskracht en de financiële middelen die een beroepsgroep ter beschikking heeft, zoals in dit rapport te lezen valt. Huisartsen, medisch specialisten en apothekers (maar ook tandartsen) beschikken over omvangrijke stafbureau's om bijvoorbeeld richtlijnen te ontwikkelen of een systeem van visitatie te laten functioneren. Andere beroepen hebben veel kleinere bureau's of beschikken nauwelijks over dergelijke faciliteiten. Enkele paramedische beroepen zijn bijvoorbeeld sterk afhankelijk van vrijwilligers in de vereniging en van de subsidies die zij voor ondersteuning verwerven.

Een verklaring kan ook worden gezocht in de werksetting van de beroepsbeoefenaren en de daarmee verband houdende autonomie. Het kan zijn dat de vrijgevestigde beroepen er meer belang bij hebben zich op kwaliteit te profileren dan beroepen die overwegend in dienstverband werkzaam zijn. Deze laatsten hebben ook minder autonomie om kwaliteitsactiviteiten van hun beroepsvereniging uit te voeren.
Verwant daarmee kan worden gewezen op het feit dat beroepsgroepen verschillen in de mate waarin beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk zijn voor het hanteren van een kwaliteitssysteem of dat deze verantwoordelijkheid bij het management van de instelling (de zorgaanbieder) ligt. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn zowel zorgaanbieder (en dus ook verantwoordelijk voor het invoeren van een kwaliteitssysteem) als beroepsbeoefenaar (en dus verantwoordelijk voor bewaking van de vakinhoudelijke kwaliteit). Beide elementen zijn dan ook opgenomen in de certificatieschema's die voor bijvoorbeeld apothekers en tandartsen ontwikkeld zijn. Dat dit niet geldt voor verplegende en verzorgende beroepen, mag duidelijk zijn. Misschien is dit mede een verklaring voor het feit dat voor deze beroepsgroepen op koepelniveau relatief weinig kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld zijn.

Samenvattend bestaan er grote verschillen tussen de beroepen in de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitsbeleid verkeert gekoppeld aan de mate van professionalisering. Een verklaring ligt ook in verschillen in werksetting (vrijgevestigd of in dienstverband) omdat de werksetting bepaalt in welke mate beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitssysteem (naast de verantwoordelijkheid voor de vakinhoudelijke kwaliteit). Overige verklaringen voor de gevonden verschillen zijn niet te geven maar moeten worden gezocht in een combinatie van factoren.

Verschillen in accenten die worden gelegd
De gegevens laten zien dat de beroepsgroepen verschillende accenten leggen in het kwaliteitsbeleid en verschillende keuzes hebben gemaakt in de volgorde waarin zij kwaliteitsinstrumenten ontwikkelen. Globaal kan daarbij een onderscheid worden

gemaakt tussen een accent op normering (via richtlijnen) of op kwaliteitsbewaking (via toetsing en visitatie). Met inachtneming van alle overige activiteiten die een beroepsgroep onderneemt kunnen de volgende accenten worden gesignaleerd:

- Bij medisch specialisten ligt een accent op de verschillende visitatiesystemen die worden gehanteerd.
- Bij huisartsen ligt al jaren een accent op de ontwikkeling van evidence based richtlijnen.
- Bij verpleeghuisartsen en ook bij veel paramedische beroepen ligt een accent op intercollegiale toetsing.
- Bij verloskundigen heeft de landelijke verloskundige registratie een belangrijke plaats in het kwaliteitsbeleid.
- Apothekers zijn de eersten die een certificeringssysteem hebben ontwikkeld (inmiddels gevolgd door tandartsen).
- Bij de alternatieve beroepsgroepen tenslotte, ligt veel nadruk op (het reguleren van) de initiële opleidingen.

Voor een deel zijn deze accentverschillen toe te schrijven aan historisch gegroeide situaties. Traditioneel visiteerden medisch specialisten de opleidingspraktijken om de kwaliteit daarvan te waarborgen. Die visitatiemethoden zijn in de loop der jaren uitgebreid tot ook de niet-opleidingspraktijken. Al in het begin van de jaren tachtig begonnen huisartsen met de ontwikkeling van richtlijnen, vermoedelijk mede om het - toen nog vrij jonge - domein van de huisartsgeneeskunde een duidelijk gezicht te geven. Dat apothekers als eerste een certificeringssysteem hebben ontwikkeld was mede mogelijk omdat traditioneel al een uitgebreid stelsel van kwaliteitsnormen voor de apotheek bestond (de NAN-normen). Of de keuze voor certificering mede gebaseerd was op een behoefte aan externe profilering omdat de beroepsgroep de laatste jaren sterk onder druk werd gezet, is niet meer dan een vermoeden. Dat in het alternatieve veld de opleidingen zo'n centrale plaats innemen valt te begrijpen uit het feit dat het opleidingsstelsel ondoorzichtig is omdat dit niet bij wet is geregeld.
Samengevat kunnen de huidige accentverschillen voor een deel begrepen worden uit het verleden terwijl deze verschillen ook weer een verschil in ontwikkelingsfase weerspiegelen.

Pas in het begin van de jaren negentig begint het idee van een samenhangend kwaliteitssysteem post te vatten. Vanaf dat moment is te zien dat veel beroepsgroepen een meer-sporenbeleid volgen, waarbij veel kwaliteitsinstrumenten tegelijk ontwikkeld worden. Naast toetsing en/of visitatie wordt ook gewerkt aan de accreditering van na- en bijscholing, aan het opstellen van eisen voor herregistratie en aan het ontwikkelen (of verfijnen) van informatiesystemen voor het vastleggen van (de resultaten van) de zorg. Nagenoeg alle beroepsgroepen hebben ook het ontwikkelen van vakinhoudelijke richtlijnen in hun beleid opgenomen, hoewel dat bij de meeste beroepen nog in de kinderschoenen staat. In dat opzicht hebben beroepsgroepen met een wetenschappelijke traditie het voordeel dat wetenschap-

pelijke kennis voorhanden is om de richtlijnen te onderbouwen. Enkele beroepsgroepen zijn ook samenwerkingsverbanden aangegaan met universiteiten of ondersteuningsinstituten (WOK, CBO, NPi) om gezamenlijk de richtlijnontwikkeling ter hand te nemen. Een recente ontwikkeling is het streven naar kosten/effectieve richtlijnen, waarbij het kostenaspect in de richtlijn wordt meegewogen.

Samenvattend is te zien dat door de beroepsgroepen aan veel kwaliteitsinstrumenten tegelijkertijd wordt gewerkt. Normering en toetsing lijken daarbij goed op gang te zijn gekomen. Dat kan niet worden gezegd van informatiesystemen waarmee de verleende zorg inzichtelijk wordt gemaakt. Het is nog niet zo dat de kwaliteit van de door de beroepsbeoefenaren verleende zorg transparant is voor patiënten(organisaties), zorgverzekeraars of inspectie.

Wat ook opvalt is dat nog weinig instrumenten ontwikkeld zijn om de inbreng van of feedback door patiënten of cliënten een plaats te geven. Voor huisartsen en apothekers zijn door de patiënten/consumentenorganisaties feedback systemen ontwikkeld en dergelijke instrumenten zijn er ook voor de medisch-specialistische ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor de overige beroepen zijn wij dergelijke systemen, waarmee de zorg vanuit patiënten/cliënten-perspectief beoordeeld kan worden, niet tegengekomen in de literatuur. In zijn algemeenheid lijkt het erop dat patiënten of cliënten of hun organisaties nog weinig bij de kwaliteitszorg van de beroepsgroepen worden betrokken. We doelen daarmee op bijvoorbeeld structureel overleg met patiëntenorganisaties, meningspeilingen onder patiënten of cliënten, behoefte-onderzoek onder (nieuwe) doelgroepen of beoordelingen door patiëntenorganisaties. Dat kan als een lacune in het huidige beleid worden aangemerkt.

Samenhang.
Op drie manieren kan naar samenhang in het kwaliteitsbeleid worden gekeken: naar de samenhang van het kwaliteitsbeleid binnen een beroepsgroep, naar de samenhang tussen beroepsgroepen en naar de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van instellingen en beroepsbeoefenaren.

Binnen een beroepsgroep is in theorie sprake van een samenhangend kwaliteitssysteem als er een structuur bestaat waarin normering, toetsing en borging met elkaar verbonden zijn. Bijvoorbeeld als intercollegiale toetsing (mede) gericht is op implementatie en naleving van richtlijnen en als dit alles meeweegt bij herregistratie of certificering. Een dergelijke samenhang is in de praktijk doorgaans nog niet gerealiseerd. Wel is te zien dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten als eis geldt voor herregistratie bij de beroepsgroepen die ver gevorderd zijn met hun kwaliteitsbeleid.

Met samenhang in het kwaliteitsbeleid tussen beroepsgroepen wordt gedoeld op gezamenlijke kwaliteitsbewaking indien meerdere beroepsgroepen langdurig bij de zorg betrokken zijn. Bijvoorbeeld in de zorg voor chronisch zieken, zoals patiënten

met diabetes, cara of CVA. waar bijvoorbeeld verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten samenwerken. Op dat gebied zijn nieuwe ontwikkelingen te zien. Er worden gezamenlijk en multidisciplinair richtlijnen opgesteld voor de gehele zorgketen. Deze ontwikkelingen verkeren nog in een pril stadium. De betrokken zorgverleners zijn nog op zoek naar manieren om de kwaliteitsbewaking van dergelijke zorgketens vorm te geven. De verwachting is dat het belang van dergelijke functionele afstemming zal toenemen omdat zorgketens en zorgcontinuüms sterk in de belangstelling staan.

De derde vorm van afstemming betreft het kwaliteitsbeleid van het instellingsmanagement en van de daarin werkzame beroepsbeoefenaren. De vraag dient zich hier aan in welke mate beroepsbeoefenaren tijd krijgen voor bijvoorbeeld onderlinge toetsing en of het toepassen van beroepsinhoudelijke richtlijnen wordt gestimuleerd. Over die afstemming is nog weinig bekend. Gegevens hieromtrent komen beschikbaar in het eerder genoemde onderzoek onder zorginstellingen, omdat aan de instelling vragen omtrent deze afstemming zijn gesteld (Sluijs en Wagner, 2000).

Samenvattend moet worden geconstateerd dat het kwaliteitsbeleid van een beroepsgroep niet af is als binnen de beroepsgroep een samenhangend kwaliteitssysteem is gerealiseerd. Ook de functionele afstemming met andere beroepsgroepen en met het kwaliteitsbeleid van de instellingen zal de komende jaren de aandacht vragen.

Implementatie

In het begin van de jaren negentig ging aanvankelijk alle aandacht uit naar het **ontwikkelen** van nieuwe kwaliteitsinstrumenten en werd relatief weinig aandacht besteed aan de implementatie ervan. Die situatie is veranderd. De laatste jaren verrichten de beroepsverenigingen veel inspanningen om bijvoorbeeld intercollegiale toetsing te promoten of nieuwe richtlijnen onder de aandacht te brengen (bijvoorbeeld via scholingsprogramma's). Desondanks laten de gegevens in dit rapport zien dat de naleving van richtlijnen in veel gevallen teleurstellend is. Globaal gezien lijkt het erop dat - ook goed geïmplementeerde - richtlijnen door ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren worden gebruikt. De bevorderende en belemmerende factoren zijn inmiddels genoegzaam bekend. De oplossing niet.

Om de implementatie van alle kwaliteitsinstrumenten te bevorderen verschuift de aandacht daarom de laatste jaren naar het opbouwen van een regionale infrastructuur en ondersteuningsstructuur om goede communicatielijnen in de beroepsgroep te creëren. Voor huisartsen is dat al enkele jaren een feit. In nagenoeg alle overige beroepsgroepen wordt daaraan gewerkt. Een aantal beroepen ontvangt hierbij financiële ondersteuning van de overheid (huisartsen, medisch specialisten, en enkele paramedische beroepen). Dergelijke regionale structuren zijn ook van belang voor de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod, dat in goed overleg

tussen alle betrokken partijen tot stand dient te komen. In dat licht lijkt het aanbevelenswaard dat beroepsgroepen bij het opbouwen van hun infrastructuur rekening houden met de regio-indeling ter plaatse.

Effecten van het kwaliteitsbeleid.
Een aantal in dit rapport beschreven onderzoeken laat zien dat er binnen beroepsgroepen een groot draagvlak voor de kwaliteitsactiviteiten bestaat. Ook onderzoek naar de ervaringen met bijvoorbeeld toetsing en visitatie toont dat de deelnemers participatie in vele opzichten waardevol vinden om verbeteringen te realiseren, de samenwerking te verbeteren en kritischer naar het eigen handelen te (durven) kijken. Niet zelden wordt van een attitudeverandering melding gemaakt. In enkele projecten waarin uitkomst-factoren zijn gemeten blijkt ook de uitkomst van de zorg aanzienlijk te verbeteren.

Uit dit rapport blijkt echter dat in zijn algemeenheid nog weinig resultaten van de diverse kwaliteitsactiviteiten zijn aangetoond. Misschien heeft dit te maken met het gegeven dat beroepsgroepen nog weinig uitkomst-indicatoren registreren om de resultaten van de zorgverlening te meten en daarmee het effect van hun handelen te monitoren. Anderzijds moet ook worden geconstateerd dat nog relatief weinig onderzoek is verricht naar de mate waarin de kwaliteit van zorg daadwerkelijk is verbeterd tengevolge van kwaliteitsactiviteiten, en is ook nog weinig bekend over de mate waarin de effecten opwegen tegen de aan kwaliteitszorg verbonden kosten. Een verklaring van dit gemis aan gegevens zou kunnen zijn dat de aandacht zowel bij de beroepsverenigingen als in het onderzoeksbeleid (van bijvoorbeeld ZON) de laatste jaren sterk is uitgegaan naar de implementatie van kwaliteitsinstrumenten, waardoor nog weinig effectiviteitsonderzoek is verricht. We besluiten daarom met de aanbeveling aan onderzoekers om in het onderzoek naar de effecten van kwaliteitszorg ook de aan kwaliteitszorg verbonden kosten mee te nemen. Een aanbeveling aan de beroepsbeoefenaren is de komende jaren zichtbaar te maken in welke mate alle kwaliteitsinspanningen bijdragen aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

BIJLAGE 1 Zoekstrategie

De zoekactie is uitgevoerd in de catalogus van het NIVEL over de jaren 1989-1999. Voor een aantal beroepsgroepen (medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen en psychologen) zijn aanvullende zoekacties ondernomen in de catalogus van Prismant (voorheen Nzi) en het Trimbosinstituut. Er is gebruik gemaakt van de treffers die onder de categorie 'onderzoek' zijn gerangschikt en gepubliceerd zijn in het 'Nederlands'. Deze trefwoorden zijn gecombineerd met de inhoudelijke termen 'kwaliteitszorg', 'deskundigheidsbevordering', 'bij- en nascholing' en 'patiëntensatisfactie', inclusief alle onderliggende termen.
In de zoekstrategie zijn aan de hand hiervan voor elke beroepsgroep dus vier stappen gehanteerd:

1. het trefwoord 'kwaliteitszorg' uitgebreid met 'deskundigheidsbevordering', 'bij- en nascholing' en 'patiëntensatisfactie' (OR),
2. gecombineerd met '1989-1999' (AND),
3. gecombineerd met 'onderzoek' (AND),
4. gecombineerd met 'Nederlandstalig' (AND).

Met de keuze voor het trefwoord 'kwaliteitszorg' is een zeer brede selectie gehanteerd. Het trefwoord 'kwaliteitszorg' valt in de thesaurus onder de term 'kwaliteit' en heeft een hoge plaats in de boomstructuur, waardoor er 65 relevante termen onder 'kwaliteitszorg' vallen. Deze boomstructuur is weergegeven in bijlage II. Bij beschouwing van deze boomstructuur bleken onder 'kwaliteitszorg' de trefwoorden 'deskundigheidsbevordering', 'bij- en nascholing' en 'patiëntensatisfactie' te ontbreken. Deze termen zijn daarom aan het trefwoord 'kwaliteitszorg' toegevoegd.

Voor elke beroepsgroep is deze zoekactie twee keer uitgevoerd, één keer voor 'de beroepsgroep' en één keer voor de 'door de beroepsgroep verleende zorg'. Bijvoorbeeld voor de huisartsen zijn de trefwoorden 'huisartsen' en 'huisarts-geneeskundige zorg' gehanteerd in twee aparte zoekacties. Hiermee werd ondervangen dat er literatuur zou ontbreken, maar was er wel sprake van enige overlap. Aangezien deze eerste selectie zeer breed was, heeft er op basis van abstract een tweede selectie plaatsgevonden. Van te voren is vastgesteld welke literatuur wel en welke literatuur niet werd meegenomen. De selectiecriteria voor de mee te nemen literatuur waren:

- kwaliteitssystemen en kwaliteitsinstrumenten; onderzoek met de trefwoorden uit de zoekstrategie wordt alleen geselecteerd indien deze onderwerpen worden bestudeerd in relatie tot de kwaliteitscyclus;

- empirische gegevens over deelname; geselecteerd wordt alle onderzoek met gegevens over het aantal beroepsbeoefenaren dat deelneemt aan deze kwaliteitsactiviteiten;
- effectiviteit van de kwaliteitssystemen en kwaliteitsinstrumenten; onderzoek naar de effectiviteit wordt alleen geselecteerd indien dat overzichtsstudies of dissertaties betreft.