

KWALITEITSBELEID BEROEPSORGANISATIES ALTERNATIEVE GENEES- EN BEHANDELWIJZEN

**Rapport eerste fase
De stand van zaken in 1996**

Utrecht, februari 1997

 **NIVEL**
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2319946, telefax: 030 - 2319290

In opdracht van:
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Postbus 3008 -
2280 MK Rijswijk - telefoon: 070 - 3407911, telefax: 070 - 3407834

CIP GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Onderzoeksteam NIVEL:

D.H. de Bakker

I.A. Miltenburg

E.M. Sluijs

G.J. Visser

Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve
genees- en behandelwijzen. Eerste interim rapport;
de stand van zaken in 1996 / D.H. de Bakker,
I.A. Miltenburg, E.M. Sluijs, G.J. Visser -
Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg (NIVEL)

Met lit.opg.

ISBN 90-6905-320-9

Trefw.: kwaliteit, kwaliteitsbeleid, alternatieve genees- en behandelwijzen

Lay-out:

José Velthuis

Omslag:

Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
1 ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Aanleiding voor het onderzoek	7
1.3 Kwaliteitszorg in de dienstverlening	8
1.4 Begripsverheldering	9
1.5 Opzet van het project	11
1.6 Vraagstelling	12
1.7 Methode van onderzoek	12
1.8 Onderzoekspopulatie en respons	13
2 KENMERKEN VAN DE BEROEPSORGANISATIES	16
2.1 Toegepaste genees-/behandelwijze	16
2.2 De organisatiestructuur	18
2.3 Het ledental	18
3 REFERENTIEKADER EN STAND VAN ZAKEN	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Het referentiekader	20
3.3 Opleiding, bij- en nascholing	22
3.4 Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten	27
3.5 Toepassing van de genees- of behandelwijze	30
3.6 Organisatie van de zorgverlening	33
3.7 Attitude en gedrag	35
3.8 Relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren	38
3.9 Tuchtrect en klachtenopvang	40
3.10 Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering	42
3.11 Totaaloverzicht van de stand van zaken	46
3.12 Samenvatting van de conclusies	49
4 VERSCHILLEN TUSSEN ORGANISATIES	52
4.1 Grootte van de organisatie	52
4.2 Rol van de koepelorganisaties	53
4.2.1 De koepelorganisaties	54
4.2.2 Invloed op het kwaliteitsbeleid	55
4.3 Regulier en niet-regulier opgeleiden	56
4.4 Conclusie	57
5 BESCHOUWING EN CONCLUSIES	58
LITERATUUR	63

Het onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de bereidwillige medewerking van een groot aantal personen. Dat zijn de (bestuurs)leden van de beroepsorganisaties, die de moeite hebben willen nemen een omvangrijke vragenlijst in te vullen. Voorts hebben ook de deelnemers aan de twee panelbijeenkomsten een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. Wij danken hen allen en hopen dat dit rapport een stimulans is voor verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de alternatieve zorg.

Utrecht, februari 1997

1 ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING

1.1 Inleiding

In dit inleidende hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de aanleiding tot dit onderzoek (paragraaf 1.2). Vervolgens wordt de kwaliteitszorg in de dienstverlening beschreven, mede in relatie tot de alternatieve zorg (paragraaf 1.3). Daarna worden de belangrijkste in dit project gebruikte begrippen omschreven (paragraaf 1.4). In de paragrafen 1.5 tot en met 1.8 komen achtereenvolgens de opzet van het gehele project en de vraagstelling, methoden, populatie en respons van het onderzoek van deze eerste fase aan de orde.

1.2 Aanleiding voor het onderzoek

Aanleiding tot het onderzoek vormen de invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de zogenoemde Wet BIG) en de houding van de overheid ten opzichte van het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid (Ministerie van VWS, 1992).

Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 vrijwel geheel zijn ingevoerd. Met deze wet is het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst opgeheven, waardoor het in principe iedereen vrij staat beroepsmatig werkzaam te zijn op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De vrijheid van medisch handelen is echter niet onbeperkt: het toebrengen van (een aanmerkelijke kans) op schade aan iemands gezondheid is strafbaar. Daaronder valt ook het nalaten om op te treden, bijvoorbeeld niet doorverwijzen als dat wel geïndiceerd is. Ook het voorlichten en adviseren van een patiënt vallen onder deze bepaling. Daarnaast noemt de wet een aantal voorbehouden handelingen, die alleen verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Bovendien is voor een beperkt aantal beroepen titelbescherming ingevoerd, hetgeen onder meer inhoudt dat de opleidingseisen worden vastgesteld en het deskundigheidsgebied wordt omschreven. Een beroep kan op twee manieren wettelijk worden geregeld. Acht beroepen, waaronder dat van arts, fysiotherapeut en verpleegkundige, worden bij wet geregeld. Een aantal andere beroepen, waaronder waarschijnlijk vooral de paramedische beroepen (met uitzondering van de fysiotherapie) worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur. De Wet BIG bundelt een groot deel van de kwaliteitsregelingen op het gebied van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg.

De beroepen in het alternatieve veld zijn niet in de Wet BIG geregeld. In de geest van deze wet is ten aanzien van deze beroepen een gedoogbeleid gevoerd in de laatste decennia. Naar verwachting van de voorzitter van de Raad BIG zal een 'alternatief' beroep alleen (bij Algemene Maatregel van Bestuur) krachtens de Wet BIG geregeld kunnen worden als het aan bepaalde voorwaarden voldoet: het heeft zich zodanig ontwikkeld dat het deskundigheidsgebied van de alternatieve genezer duidelijk is, de kwaliteit van het methodisch-technisch handelen, de attitude en de organisatie van de beroepsuitoefening zijn gewaarborgd en de relatie met reguliere gezondheidszorg open is. Volgens hem zullen de beroepsorganisaties dan ook moeten doorgaan met het ontwikkelen van activiteiten met betrekking tot deze onderwerpen. Regeling krachtens

de Wet BIG is niet waarschijnlijk, maar ook niet geheel uitgesloten.

Sinds het einde van de jaren tachtig treedt de overheid minder dan voorheen zelf regelend op. In wetten als de Wet BIG, de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector is het algemene kader vastgelegd waarbinnen de beroepsuitoefening plaats vindt. Verder oefent de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht uit op de beroepsuitoefening. Voor het overige is de rol van de overheid beperkt. Van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg wordt in toenemende mate verwacht dat zij zelf de kwaliteit van de door hen verleende zorg bewaken, beheersen en verbeteren. Hierover zijn in 1990 en in 1995 landelijke afspraken gemaakt op twee zogenoemde Leidschendam-conferenties (zie bijlage 1), waarvan de essentie nadien is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Bij het overgrote deel van de beroepsverenigingen in het alternatieve veld staat het kwaliteitsbeleid nog in de kinderschoenen. Daardoor bestaan voor gebruikers, verwijzers en financiers nauwelijks garanties voor de kwaliteit van een alternatieve behandeling. Immers, met de Wet BIG mag iedereen zich - bijvoorbeeld - natuurgeneeskundige noemen en een eigen praktijk beginnen - mits hij geen schade toebrengt aan de gezondheid van de mensen die hij behandelt. Het zegt ook weinig of een beroepsbeoefenaar een bepaalde opleiding heeft gevolgd of lid is van een bepaalde beroepsorganisatie: ook daaraan worden immers geen eisen gesteld. Het paradoxale verschijnsel doet zich dus voor dat op het gebied van de gezondheidszorg de geregistreerde beroepsbeoefenaar aan eisen gebonden is, terwijl de niet-geregistreerde veel vrijheid heeft gekregen.

Desondanks zijn ook de niet-geregelde beroepen de laatste jaren alvast 'in de geest van' de Wet BIG bezig met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Ook in de alternatieve zorg hebben verschillende verenigingen en koepelorganisaties als de Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG) en de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) de eerste schreden gezet op het pad van een kwaliteitsbeleid, soms in samenspraak met patiëntenorganisaties of met verzekeraars (zie bijv. Aakster 1995; Bots 1995). Een systematisch overzicht van de activiteiten van de beroepsorganisaties ontbreekt echter. Toch is dat nodig om beleid op het terrein van de alternatieve geneeswijzen te kunnen onderbouwen.

1.3 Kwaliteitszorg in de dienstverlening

De afgelopen jaren heeft kwaliteitszorg zijn intrede gedaan in de dienstverlenende sectoren in het algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder. Het terugtreden van de overheid, die de verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij het veld legt, is een belangrijke oorzaak achter deze ontwikkeling. Instellingen en beroepsbeoefenaren dienen zelf aan de buitenwacht duidelijk te maken dat zij de kwaliteit van de door hen geleverde zorgverlening kunnen garanderen (het principe van 'zelfregulering'). Zij doen dat door het invoeren van kwaliteitssystemen, die in essentie bestaan uit een verzameling kwaliteitsbewakende procedures om de kwaliteit te beheersen en te garanderen.

Het invoeren van een kwaliteitssysteem verloopt doorgaans in vier opeenvolgende fasen. De eerste fase bestaat uit het formuleren van normen en criteria waaraan het produkt (de zorg) moet voldoen. In de tweede fase worden kwaliteitssystemen ontwikkeld om te garanderen dat aan de gestelde normen wordt voldaan. In een derde

fase volgt de implementatie van deze kwaliteitssystemen. Als de kwaliteitssystemen operationeel zijn kan externe beoordeling plaatsvinden, en dat is dan de laatste fase. Een kwaliteitssysteem bestaat uit een aantal kwaliteitsdeelsystemen, waarmee een of meerdere aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening op structurele wijze bewaakt en/of verbeterd wordt (Sluijs en De Bakker, 1992). Voorbeelden zijn visitatie, intercollegiale toetsing, systemen voor klacht- en tuchtrecht, accreditatie van na- en bijscholing en dergelijke. Kenmerkend is dat deze procedures de kwaliteitskringloop weerspiegelen en periodiek worden herhaald (Timmermans e.a., 1994).

Voordat kwaliteitsdeelsystemen kunnen worden ingevoerd, zal duidelijk moeten zijn welke zorg precies wordt verleend en aan welke eisen ze moet voldoen. De eerste activiteiten bestaan dus uit het expliciteren en normeren van de zorg. Voorbeelden zijn het ontwikkelen van beroepsprofielen, gedragsregels, klachtenreglementen en modelovereenkomsten (die normen bevatten voor de beroepsuitoefening) en het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden en protocollen (die normen bevatten over de inhoud van de zorg) (Timmermans e.a., 1994).

In aansluiting op ontwikkelingen op andere gebieden van zorg is ook het onderzoek naar het kwaliteitsbeleid in de alternatieve zorg gericht op de kwaliteitsbewaking door de betreffende beroepsorganisaties. Nagegaan wordt welke voorwaardescheppende activiteiten reeds zijn of worden ontplooid en welke kwaliteitsdeelsystemen worden voorbereid of reeds operationeel zijn.

1.4 Begripsverheldering

Alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen zijn niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Duizenden beroepsbeoefenaren past ze toe (onder wie velen met een reguliere opleiding tot arts of fysiotherapeut) en vrijwel alle zorgverzekeraars vergoeden ten minste enkele alternatieve geneeswijzen, zij het onder voorwaarden en dikwijls via een aanvullende verzekering. Het percentage personen dat een alternatieve genezer raadpleegt nam tussen 1981 en 1990 met gemiddeld 0,3 procent per jaar toe. Na 1990 laat de trend een stabiele situatie zien. Naar schatting bezochten in 1995 ruim 950 duizend mensen een alternatieve genezer (Van Baal, 1996). In 1994/1995 bezocht ruim 6% van de Nederlandse bevolking een alternatieve genezer (exclusief alternatieve huisartsen). Inclusief de alternatieve huisartsen is dit percentage bijna 15% (CBS, 1996).

Desondanks ontbreekt een nauwkeurige definitie van 'alternatieve geneeswijzen'. De meest gebruikte omschrijving is in formele en negatieve termen geformuleerd. 'Alternatief' zijn dan die geneeswijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen en waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden gehaald (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990). Meer positief geformuleerd omschrijft Aakster (1991) alternatieve geneeswijzen als geneeswijzen waarin 'het zelfherstellend of zelfregulerend vermogen van de mens centraal staat' en waarin 'de aandacht vooral uitgaat naar de mens als geheel en diens (dys)functioneren'. Overigens is het onderscheid tussen 'alternatief' en 'regulier' gradueel: ook in de reguliere gezondheidszorg bestaat veel belangstelling voor een integrale benadering van patiënten, in het bijzonder in de eerste lijn (NRV, 1990). Niet voor niets spreken

sommigen dan ook liever niet van 'alternatief', maar van 'additief', 'niet-conventioneel', 'complementair' of 'niet-regulier'.

In dit rapport hebben wij uit al die mogelijke adjectieven een vrij willekeurige keuze gemaakt. Consequent is sprake van 'alternatief' als algemene aanduiding van de genees- of behandelwijzen die worden bedoeld. In aansluiting bij de formele definitie verstaan wij onder 'alternatief' al wat niet aan een universiteit of hogeschool wordt gedoceerd. Sluitend is die definitie echter niet. Zeker in de niet-somatische zorg bestaan immers inhoudelijk 'alternatieve' werkvormen die (desondanks) aan universiteiten en hogescholen worden gedoceerd: gestalttherapie en hypnotherapie zijn daarvan twee bekende voorbeelden. Gezien hun bijzondere positie hebben wij besloten de betreffende beroepsorganisaties toch te vragen aan dit onderzoek mee te doen.

Ook over de term 'geneeswijze' bestaat discussie: sommigen zijn van mening dat eerder gesproken moet worden van 'behandelwijze' omdat van genezing geen sprake kan zijn - en deze soms ook niet wordt beoogd. Om discussies over de effectiviteit te voorkomen, spreken wij van 'genees-/behandelwijzen' - in de veronderstelling dat die terminologie voor iedereen acceptabel is.

Niet alleen de geleverde zorg zelf, ook de zorgverlener laat zich lastig in een sluitende definitie onderbrengen. In het alternatieve veld zijn immers ruwweg twee typen beroepsbeoefenaren te onderscheiden. Naar schatting bestaat meer dan de helft van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaars uit artsen, fysiotherapeuten of andere regulier opgeleiden die zich in één of meer alternatieve genees-/behandelwijzen hebben bekwaamd (Maassen van den Brink, 1987). De overige beroepsbeoefenaren hebben geen reguliere opleiding gevolgd, althans niet op het gebied van de gezondheidszorg. Feitelijk zou gesproken kunnen worden van alternatieve 'artsen en therapeuten'. In plaats daarvan spreken wij liever consequent van alternatieve 'beroepsbeoefenaren'. Overigens is het onderscheid tussen beide groepen meer dan louter formeel. Alternatief werkende artsen staan immers als arts geregistreerd, moeten voldoen aan de in de Wet BIG vastgelegde kwaliteitseisen en zijn aansprakelijk onder het medisch tuchtrecht. Voor alternatief werkende fysiotherapeuten geldt - mutatis mutandis - hetzelfde. Vanzelfsprekend zijn echter ook organisaties van alternatief werkende artsen en fysiotherapeuten bij dit onderzoek betrokken.

Tenslotte wordt in dit rapport alleen aandacht besteed aan beroepsbeoefenaren en hun organisaties die werkzaam zijn in de individuele gezondheidszorg. In de definitie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is daarvan alleen sprake als iemand 'met een als zodanig ervaren gezondheidsprobleem zich wendt tot een ander die aangeeft beroepsmatig een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van dit gezondheidsprobleem'. Dat betekent dat - bijvoorbeeld - astrologen of paranormaal begaafden die zich voornamelijk op andere terreinen bewegen dan de zorg, niet bij het onderzoek zijn betrokken.

Beroepsorganisaties

Om niet bij voorbaat organisaties uit te sluiten en dus een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen, is in dit onderzoek uitgegaan van een brede omschrijving van het begrip 'beroepsorganisatie'. Daaronder wordt verstaan: 'ieder organisatorisch verband dat (mede) tot doel heeft het behartigen van de beroepsorganisatorische belangen van de aangesloten beroepsbeoefenaren'. Onder leden/beroepsbeoefenaren wordt verstaan: 'iedere beroepsbeoefenaar die als praktiserend beroepsbeoefenaar bij de betreffende

beroepsvereniging is aangesloten' (Ministerie van VWS, 1995).

De ingewikkeldheid van het alternatieve veld maakt dat tussen geneeswijzen en beroepsorganisaties geen sprake is van een één-op-één-verband. Eén zelfde organisatie kan meer dan één geneeswijze omvatten (dus zowel, bijvoorbeeld, acupunctuur als vormen van natuurgeneeswijzen), terwijl omgekeerd een zelfde geneeswijze door leden van verschillende beroepsorganisaties kan worden toegepast (bijvoorbeeld zowel door artsen als door niet-artsen, zoals in het geval van de homeopathie).

Omdat het onderzoek zich beperkt tot de individuele gezondheidszorg blijven organisaties die zich uitsluitend bezig houden met de opleiding van (toekomstige) beroepsbeoefenaren - en niet met de zorgverlening zelf - buiten beschouwing. Bij een onderzoek dat zich richt op de beroepsorganisaties, tenslotte, zijn de niet-georganiseerde beroepsbeoefenaren per definitie niet betrokken.

1.5 Opzet van het project

Het project 'Kwaliteitsbeleid in de alternatieve geneeswijzen' bestaat uit drie fasen. In de **eerste fase** - waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan - worden door middel van een schriftelijke enquête onder beroepsverenigingen de activiteiten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid in kaart gebracht. Tegelijkertijd wordt een referentiekader ontwikkeld, dat wil zeggen een lijst met elementen die naar het oordeel van deskundigen deel moeten uitmaken van het kwaliteitsbeleid. Aan de hand daarvan kan worden aangegeven welke beroepsverenigingen verder of minder ver zijn met de ontwikkeling van het gewenste kwaliteitsbeleid. Het referentiekader moet breed worden gedragen door gebruikers en financiers van alternatieve geneeswijzen, alternatieve beroepsbeoefenaars zelf en deskundigen op het terrein van kwaliteitsbeleid en beoordeling van kwaliteit.

In de **tweede fase** van het onderzoek wordt door middel van interviews nagegaan hoe het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties in het veld wordt geïmplementeerd. Dat een beroepsvereniging formeel over een kwaliteitsbeleid beschikt wil immers niet zeggen dat dat ook daadwerkelijk in het veld zo wordt beleefd. Uit onderzoek in andere sectoren van de gezondheidszorg is een aantal factoren bekend die implementatie van een kwaliteitsbeleid bevorderen of juist belemmeren. Volgens beroepsbeoefenaren werkt het bijvoorbeeld bevorderend als zij worden aangesproken op beroepsinhoudelijke zaken; gebrek aan tijd en geld, angst voor controle en het verlies aan autonomie worden juist als belemmerende factoren ervaren (Sluijs e.a., 1994).

Staat het kwaliteitsbeleid bij veel beroepsverenigingen in de alternatieve geneeswijzen nog in de kinderschoenen, de komende jaren is als gevolg van de aandacht van vooral patiëntenorganisaties en verzekeraars een snelle ontwikkeling te verwachten. Om die ontwikkeling in kaart te brengen worden, in de **derde fase** van het project, de activiteiten opnieuw geïnventariseerd. Zo kan worden nagegaan of de aandacht voor kwaliteit werkelijk resultaten heeft opgeleverd. Ook de dynamiek van het veld vraagt om continu onderzoek: er komen nieuwe verenigingen bij, terwijl andere verdwijnen.

Drie jaar lang, van 1996 tot en met 1998, kunnen beroepsorganisaties in de alternatieve zorg terecht bij het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing

(CBO) om het kwaliteitsbeleid te ondersteunen. Die ondersteuning krijgt op verschillende manieren gestalte, variërend van het organiseren van voorlichtingsdagen en cursussen tot het geven van adviezen.

1.6 Vraagstelling

De eerste fase van het onderzoek is bedoeld om de actuele stand van zaken te beschrijven. De vraagstellingen kunnen als volgt worden omschreven:

1. Welke activiteiten worden met betrekking tot het kwaliteitsbeleid ontplooid door de beroepsverenigingen in de alternatieve genees-/behandelwijzen?
2. Wat is een aanvaardbaar referentiekader voor een kwaliteitsbeleid voor alternatieve genees-/behandelwijzen en hoe ver is het kwaliteitsbeleid van de verschillende beroepsverenigingen ontwikkeld in relatie tot dit referentiekader?

1.7 Methode van onderzoek

Het onderzoek is gericht op het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties in het alternatieve veld, niet op de inhoud, of de effectiviteit, van het handelen. Daarbij gaat de aandacht voornamelijk uit naar de kwaliteitseisen voor de uitoefening van de alternatieve genees-/behandelwijzen, dus niet naar de kwaliteitseisen voor artsen en fysiotherapeuten, zoals die - bijvoorbeeld in de Wet BIG - wettelijk zijn vastgelegd.

In deze eerste fase van het project heeft een inventarisatie onder beroepsorganisaties plaatsgevonden en is een referentiekader ontwikkeld. De inventarisatie is verricht door middel van een schriftelijke vragenlijst. De basis voor het referentiekader is gelegd in twee panelbijeenkomsten van deskundigen.

De vragenlijst

De opzet van dit onderzoek is vergelijkbaar met die van lopend onderzoek naar het kwaliteitsbeleid bij de paramedische, verplegende en verzorgende beroepen. Bij het opstellen van de vragenlijst is dan ook gebruik gemaakt van de vragenlijst 'Stand van zaken kwaliteitsbeleid', die het NIVEL eerder had ontwikkeld om het kwaliteitsbeleid in de paramedische zorg in kaart te brengen. Meer specifiek hebben de kwaliteitscriteria van het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (zie bijlage 2) een plaats gekregen in de vragenlijst (LOPAG, 1992). Het eerste concept van de vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan de begeleidingscommissie van het project.

De vragenlijst is opgebouwd rond een aantal thema's. De volgende onderwerpen komen in de vragenlijst aan bod (zie bijlage 3):

- de organisatie;
- opleiding voor de genees-/behandelwijze(n);
- lidmaatschap;
- bij- en nascholing in alternatieve genees-/behandelwijze(n);
- regels en normen m.b.t. de beroepsuitoefening van de alternatieve genees-/behandelwijze(n);

- intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering;
- kwaliteitsbeleid van de organisatie;
- klachtenopvang;
- ondersteuning door het CBO.

Met behulp van in de literatuur gevonden informatie is vooraf van elke beroepsorganisatie een profiel gemaakt: de door de leden toegepaste geneeswijze, het adres, de voorzitter/contactpersoon, de datum van oprichting, het ledental en het doel van de vereniging. Deze informatie is aan de organisaties meegestuurd met het verzoek de gegevens op juistheid te controleren. De gegevens zijn inmiddels opgenomen in het documentatiesysteem van alternatieve geneeswijzen van het NIGZ, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.

Waar dat van toepassing was, is de organisaties gevraagd relevante schriftelijke documenten, instrumenten of procedures toe te sturen. Omdat niet alles op papier gezet zal zijn, is in de enquête daarnaast gevraagd naar het bestaan van meer impliciete regels en normen.

Ontwikkeling van het referentiekader

Voor het ontwikkelen van het referentiekader zijn twee zogenoemde panelbijeenkomsten georganiseerd. Daarvoor werden vertegenwoordigers van de koepelorganisaties uitgenodigd, naast vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties en van de zorgverzekeraars. Daarnaast waren - voor het merendeel op persoonlijke titel - mensen uitgenodigd die deskundig zijn op het gebied van de alternatieve zorg of van de kwaliteitszorg. Tijdens de eerste bijeenkomst zijn de verschillende elementen van een toekomstig referentiekader aan de orde gesteld en is een prioriteitenlijst ingevuld. De prioriteitenlijst bevatte de verschillende elementen van een kwaliteitsbeleid. Op basis van die discussie is vervolgens een concept-referentiekader opgesteld, dat tijdens de tweede bijeenkomst is besproken. Een tweede, herziene, versie is schriftelijk aan de leden van het panel voorgelegd en later ook aan de beroepsorganisaties. In het uiteindelijke resultaat is ook dat commentaar verwerkt (zie bijlage 4 voor het verslag van deze bijeenkomsten, de lijst van deelnemers en de prioriteitenstelling).

1.8 Onderzoekspopulatie en respons

Beroepsorganisaties

Voordat de vragenlijst kon worden afgenomen moest allereerst een overzicht van bestaande beroepsorganisaties worden gemaakt. Omdat een recent en volledig overzicht van bestaande beroepsorganisaties ontbrak moesten de beroepsorganisaties eerst worden opgespoord. Daartoe zijn verschillende bronnen gebruikt. Als uitgangspunt hebben gediend de lijst van beroepsverenigingen uit 'Geneeswijzen in Nederland' (Van Dijk, 1993) en de Pyttersen's Almanak. Het overzicht is aangevuld met behulp van onderstaande bronnen:

- lijst met adressen van beroepsverenigingen en koepelorganisaties van het ministerie van VWS (concept 20 juli 1995);
- ANG ledenlijst (maart 1996);
- AAG informatiefolder + adresregister;
- adreslijst van koepel- en beroepsorganisaties alternatieve behandelwijzen van het IDAG (oktober 1995);

- gegevens van Ylang Ylang (Paranormaal Advies en Infocentrum);
- Pyttersen's Nederlandse Almanak 1995-'96;
- Pyttersen's Nederlandse Almanak 1995-'96. Supplement 1996;
- Gele gezondheidsgids '95/'96;
- Wegwijzer Antroposofische Gezondheidszorg Nederland;
- Pyttersen's Nederlandse Almanak 1996-'97.

Uiteindelijk zijn 157 organisaties opgespoord. Achteraf bleek dat niet in alle gevallen sprake was van een beroepsorganisatie. Dan was er bijvoorbeeld sprake van een plaatselijke werkgroep of was de organisatie vooral actief op het gebied van de opleidingen.

Om bekendheid te geven aan het onderzoek werd ondermeer een oproep geplaatst in Koördanser, Onkruid, Care en het Nederlands Tijdschrift voor Integrative Geneeskunde. De redactie van Care heeft aandacht aan het onderzoek besteed door middel van een interview met twee van de onderzoekers.

Koepelorganisaties

In principe wordt het kwaliteitsbeleid gezien als een aangelegenheid van de beroepsorganisaties. Ook als organisaties bij één koepel zijn aangesloten kunnen zij onderling sterk verschillen in de activiteiten die zij op dit gebied ondernemen - zoals dat bijvoorbeeld ook geldt voor de organisaties binnen de KNMG.

Anderzijds spelen de koepels in het alternatieve veld een actief stimulerende rol. Daarvan zijn er drie: de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG), de Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG) en Het Verbond. Om die activiteiten in kaart te brengen zijn aanvullende interviews gehouden, waarin de geschiedenis, het heden en de toekomst van het eigen kwaliteitsbeleid aan de orde werd gesteld en werd ingegaan op de relatie tot de aangesloten organisaties. Vertegenwoordigers van de koepelorganisaties hadden zitting in de begeleidingscommissie en namen deel aan de genoemde panelbijeenkomsten voor de ontwikkeling van het referentiekader.

Respons

De vragenlijst is verstuurd in juli 1996 en was - met een schriftelijke toelichting - gericht aan het bestuur van de beroepsorganisatie. Ter informatie werd een toespraak van minister Borst bijgesloten, waarin (onder meer) het onderzoek van het NIVEL werd aangekondigd. Vier weken later werd een eerste herinnering verstuurd, na nog eens vier weken gevolgd door een telefonisch rappel.

In totaal kregen 157 organisaties de vragenlijst toegestuurd. Hiervan bleken er 32 geen beroepsorganisatie te zijn (zie hierboven); 11 organisaties hadden een verkeerd adres (en waren niet meer te achterhalen), 3 organisaties bleken te zijn ontbonden en 3 organisaties waren dubbel opgenomen.

Na aftrek van deze 49 organisaties hebben dus 108 beroepsorganisaties de vragenlijst ontvangen. Daarvan hebben er 84 de lijst ingevuld geretourneerd. Dit is een respons van 78%. Zie bijlage 5 voor de respondenten.

N.B. Bij de analyses in dit rapport zijn drie organisaties buiten beschouwing gelaten, omdat zij uit slechts één of twee beroepsbeoefenaren bestaan. Dit betekent dat de analyses gebaseerd zijn op 84 min drie is 81 beroepsorganisaties.

Voor de panelbijeenkomsten waren in totaal 30 personen uitgenodigd. Tijdens de eerste bijeenkomst waren 23 deelnemers aanwezig, tijdens de tweede bijeenkomst eveneens 23. Zie bijlage 4 voor de deelnemers aan en het verslag van de panelbijeenkomsten.

Tenslotte is een concept van het referentiekader voor commentaar toegestuurd aan alle 108 beroepsorganisaties. Van hen hebben 54 organisaties gerespondeerd (50%). Hun commentaar is verwerkt in het uiteindelijke referentiekader. Zie bijlage 6 voor het commentaar op het referentiekader en voor de wijze waarop dit is verwerkt.

2 KENMERKEN VAN DE BEROEPSORGANISATIES

Alvorens een beschrijving te geven van het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld, volgt in dit hoofdstuk een korte beschrijving van de beroepsorganisaties. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de toe te passen genees/behandelwijze, de formele organisatiestructuur en het ledental van deze organisaties.

2.1 Toegepaste genees-/behandelwijze

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de geneeswijzen die door de leden van de responderende beroepsorganisaties worden toegepast. De cijfers duiden op het aantal als beroepsbeoefenaar werkzame leden van de betreffende organisatie(s); 'overige' leden, zoals sympathisanten, aspirant-leden, ereleden en buitengewone leden, zijn niet meegeteld. Indien meer dan één cijfer staat vermeld, wordt de geneeswijze dus door de leden van meer dan één beroepsorganisatie toegepast. Van sommige organisaties is het aantal leden niet bekend; dat staat in de tabel aangegeven met 'onb.'. De verschillende alternatieve geneeswijzen zijn gerubriceerd volgens de door het toenmalige IDAG (thans ondergebracht in het NIGZ) opgestelde classificatie. Drie organisaties met twee of minder leden zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor alle duidelijkheid: de cijfers hebben alleen betrekking op de 81 organisaties die de schriftelijke vragenlijst hebben ingevuld. Zij geven dus geen volledig beeld van het alternatieve veld.

Tabel 2.1 Overzicht van de genees-/behandelwijzen die worden toegepast door de leden van 81 beroepsorganisaties in het alternatieve veld

Genees-/behandelwijze	Aantal werkzame leden van de betreffende beroepsorganisatie(s)		
Antroposofische geneeskunde			
antroposofische geneeskunde	178		
antroposofische verpleegkunde/ fysiotherapie/diëtetiek	140	108	7
kunstzinnige therapie/eurythmie	243	63	32
Bio-elektronische therapieën			
bio-resonantietherapie	18		
bio-elektrische therapieën	371		
Homeopathie			
homeopathie	447	368	28
Houdings- en bewegingstherapieën			
alexander-techniek	30		
feldenkrais	50		
podo-orthesiologie	50		
podokinesiologie	131		
tai-chi	130		
neuro reflex therapie	35		

- vervolg tabel 2.1 -

Tabel 2.1 Overzicht van de genees-/behandelwijzen die worden toegepast door de leden van 81 beroepsorganisaties in het alternatieve veld - vervolg -

Genees-/behandelwijze	Aantal werkzame leden van de betreffende beroepsorganisatie(s)					
Manuele geneeswijzen						
chiropraxie	119					
kinesiologie/touch for health	onb					
osteopathie	10					
manuele therapie	1600	141	56	18	14	
Massages						
reflexzonetherapie	329					
voetreflexzone-therapie	200					
rebalancing	70					
analyt. synth. respons therapie	69					
Natuurgeneeswijzen						
alternatieve geneeswijzen (alg.)	120					
iriscopie	onb					
natuurgeneeskunde	445	304	20	7	onb	
Ontspanningstherapieën						
ademhalingstherapie	onb					
Oosterse geneeswijzen						
acupunctuur	622	371	295			
drukpuntmassage	13					
Chinese geneeskunde	80	20				
yoga	540					
Paranormale geneeswijzen						
magnetiseren/paranormaal genezen	300	168	27	25	20	14
onb						
parapsychologische counseling	14					
Psychologische therapieën						
alt. psychotherapie (alg.)	802	150	79	50	49	24
onb		onb	onb	onb		14
bioenergetica		28				
gestalt therapie	235	7				
hypnotherapie	160					
postural integration	62					
rebirthing	36					
reïncarnatietherapie	185					
speyer therapie	25					
transpersoonlijke therapie	8					
emotioneel lichaamswerk	27					
zijnsoriëntatie	50					
Spirituele mensbenaderingen						
psychosofie	41					
Overige						
astrologie	54	25	onb			
haptonomie/-therapie	520	128				
neuraaltherapie	25					
creatieve therapie	650	14				
optologie	12					

Van de verschillende geneeswijzen wordt alternatieve psychotherapie door elf verschillende beroepsorganisaties genoemd, paranormaal genezen door acht. Ook manuele therapie, natuurgeneeskunde (ieder 5 keer genoemd), acupunctuur, astrologie en

homeopathie (3 keer genoemd), traditionele Chinese geneeskunde, gestalt therapie, haptonomie/-therapie en creatieve therapie (2 keer, de laatste met inbegrip van de antroposofische kunstzinnige therapie en eurythmie) worden door leden van meer dan één beroepsorganisatie toegepast.

Omgekeerd oefenen de leden van veruit de meeste geënuquêteerde beroepsorganisaties slechts één alternatieve genees-/behandelwijze uit. Niet meer dan twee beroepsorganisaties (één met 14 leden en één met 371 leden) noemen twee of meer geneeswijzen. (De ledenaantallen van beide organisaties zijn in de tabel gecursiveerd).

In totaal melden de geënuquêteerde beroepsorganisaties volgens deze cijfers ruim 11.000 (georganiseerde) beroepsbeoefenaren. Ook als er rekening mee wordt gehouden dat personen bij meer dan één organisatie aangesloten kunnen zijn, zijn dat er aanzienlijk meer dan de meest recente schatting van ruim 4.000 beroepsbeoefenaren (Maassen van den Brink, 1989). Opvallend zijn de grote verschillen in het ledenbestand. De kleinste beroepsorganisaties bestaan uit minder dan tien personen; de grootste (in de manuele therapie) heeft 1600 werkende leden (zie ook paragraaf 2.3).

2.2 De organisatiestructuur

Van de beroepsorganisaties met meer dan twee werkende leden (de overige blijven hier buiten beschouwing) zijn veruit de meeste (90 procent) een vereniging; 6 procent is een stichting en 4 procent heeft een andere of géén rechtspersoon. 22 Procent beschikt (uitsluitend) over statuten; 77 procent noemt statuten in combinatie met een huishoudelijk reglement en eventuele andere documenten, zoals een beleidsplan, een tuchtreglement, een gedragscode of een opleidingsreglement.

Van deze 81 beroepsorganisaties zijn er 7 aangesloten bij de Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG), 15 bij de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) en 5 bij Het Verbond (zie verder hoofdstuk 4); 4 zijn gelieerd aan de Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen (RING) en 21 aan een andere (ook internationale) externe organisatie, zoals de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg of de Europese Yoga Unie. Omdat meer dan één lidmaatschap mogelijk is, gaat het in totaal om 45 organisaties (56%); 36 organisaties (44%) zijn niet bij een koepelorganisatie of externe organisatie aangesloten.

2.3 Het ledental

De beroepsorganisaties in de alternatieve zorg verschillen sterk in grootte (tabel 2.2). Drieëndertig organisaties (41%) hebben vijftig werkende leden of minder; 38 organisaties (47%) hebben meer dan 50 werkende leden, met een maximum van 1.600. Van 10 organisaties (12%) is het aantal werkende leden onbekend.

Daarnaast hebben 36 organisaties (44%) vijftig 'overige' leden of minder; 20 organisaties (25%) hebben meer dan vijftig 'overige' leden tot een maximum van 800 leden. Vrijwel alle organisaties (99%) houden een ledenlijst bij, die in 57% van de gevallen zonder meer voor niet-commercieel gebruik beschikbaar wordt gesteld aan verwijzers of patiëntenorganisaties. 17% doet dat niet, 24% alleen in bijzondere gevallen.

Tabel 2.2 Aantal werkende leden van de geënquêteerde beroepsorganisaties (n=81)

Aantal leden:	Aantal organisaties	%
3 - 20 leden	14	17
21 - 30 leden	10	13
31 - 50 leden	9	11
51 - 100 leden	8	10
101 - 200 leden	14	17
meer dan 200 leden	16	20
Onbekend	10	12

Vierenvijftig organisaties (67%) geven aan dat een deel van de leden full-time als beroepsbeoefenaar werkzaam is, variërend van 1 tot 100 procent van de leden (gemiddeld: 35 procent). Tweeënvijftig organisaties (64%) geven aan dat een deel van de leden niet full-time, maar wel meer dan twaalf uur per week werkt, variërend van 2 tot 91 procent van de leden (gemiddeld: 40 procent). Zesenvieftig organisaties (57%) geven aan dat een deel van de leden niet meer dan twaalf uur per week werkt, variërend van 1 tot 95 procent (gemiddeld: 34 procent). In 73% van de organisaties komt het voor dat de leden samenwerken in een duo- of groepspraktijk.

In de volgende hoofdstukken wordt een referentiekader voor een kwaliteitsbeleid in de alternatieve zorg geformuleerd en wordt beschreven hoever de beroepsorganisaties met het formuleren van een kwaliteitsbeleid zijn gevorderd.

3 REFERENTIEKADER EN STAND VAN ZAKEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt allereerst het referentiekader aan de orde in paragraaf 3.2. Het doel van het referentiekader wordt beschreven en de wijze waarop het referentiekader zich verhoudt tot wettelijke eisen en tot de criteria die opgesteld zijn door het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG).

Vervolgens wordt in de paragrafen 3.3 tot en met 3.10 de stand van zaken bij de beroepsorganisaties weergegeven, gerelateerd aan het referentiekader. Elke paragraaf is daarbij als volgt opgebouwd. Eerst worden de letterlijke normen uit het referentiekader weergegeven en de toelichting daarop, vervolgens wordt beschreven welke activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering inmiddels door de beroepsorganisaties ondernomen zijn. Elke paragraaf besluit met een korte samenvatting. Paragraaf 3.11 geeft een totaalbeeld van de stand van zaken. Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing over de gevonden resultaten.

3.2 Het referentiekader

In het vorige hoofdstuk is beschreven op welke wijze het referentiekader tot stand is gekomen. Schema 3.1 op de volgende pagina geeft een overzicht van de 28 onderwerpen die in het referentiekader aan de orde komen. Ten aanzien van elk van deze onderwerpen kan een beroepsorganisatie regelingen treffen om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te beheersen, te bewaken en te verbeteren. Al deze regelingen tezamen geven een beeld van het kwaliteitsniveau van een beroepsgroep. Het moge duidelijk zijn dat de onderwerpen in het referentiekader met elkaar samenhangen: er zullen bijvoorbeeld opleidingseisen worden gesteld voor opnemering in het beroepsregister. Bij het bespreken van de onderwerpen in de hiernavolgende paragrafen wordt nader op deze samenhang ingegaan.

Uitgangspunten

Aan het referentiekader liggen een aantal uitgangspunten ten grondslag. Het eerste uitgangspunt is dat het referentiekader bedoeld is als een groeimodel. In de loop der jaren kan het referentiekader stap voor stap worden ingevuld door beroepsorganisaties. Het is een ontwikkelingsmodel. Aan de hand van het referentiekader kunnen beroepsverenigingen in kaart brengen wat al wel en wat nog niet gerealiseerd is. Op basis daarvan kan de beroepsvereniging een plan maken voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Beroepsgroepen kunnen daarin eigen prioriteiten stellen, afhankelijk van de mate waarin het kwaliteitsbeleid reeds ontwikkeld is.

Een tweede uitgangspunt is dat de beroepsorganisatie het kwaliteitsniveau inzichtelijk maakt. Het gaat er in essentie om dat de beroepsorganisatie duidelijk maakt welke regels binnen de beroepsgroep gelden zodat externe partijen, en met name patiënten-/consumenten(organisaties) zich een oordeel kunnen vormen over de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De normen in het referentiekader betreffen dus in feite de informatieverstrekking. De norm aangaande de opleiding is bijvoorbeeld als volgt geformuleerd: "De organisatie maakt duidelijk of, en zo ja welke eisen worden gesteld

aan de reguliere opleiding van beroepsbeoefenaren". De norm schrijft niet voor welke opleiding is vereist. Beroepsorganisaties kunnen zelf invulling geven aan deze norm en dat betekent ook dat bijvoorbeeld de opleidingseisen per beroep kunnen verschillen. Het referentiekader bevat ook geen eisen ten aanzien van de inhoud en effectiviteit van de diverse genees- of behandelwijzen. Ook hier weer geldt alleen als norm dat beroepsgroepen zelf inzichtelijk maken welke behandeling of geneeswijze zij toepassen en welke patiënten bij deze behandeling baat kunnen hebben. Deze onderwerpen zijn doorgaans beschreven in een beroepsprofiel, zoals inmiddels bij een aantal beroepsverenigingen is gerealiseerd.

Schema 3.1 Overzicht van rubrieken en onderwerpen in het Referentiekader

Rubrieken	Onderwerpen
Opleiding, bij- en nascholing	1 Reguliere opleidingseisen 2 Opleiding in de genees-/behandelwijze 3 Bij- en nascholing
Beroepsregister en herkenbaarheid	4 Beroepsregister 5 Herregistratie 6 Herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren
Toepassing van de genees-/behandelwijze	7 Genees-/behandelwijze 8 Vereiste deskundigheden 9 Richtlijnen en standaarden 10 Indicaties en begrenzing 11 Voorschrijven van medicijnen
Organisatie van de zorgverlening	12 Bereikbaarheid 13 Praktijkinrichting 14 Patiënten/cliëntenstatus of dossier 15 Bewaking van de hygiëne 16 Tarieven
Attitude en gedrag	17 Bescherming van de privacy 18 Omgang met patiënten/cliënten 19 Omgang met collega's 20 Overdracht en nazorg
Relatie tot de reguliere zorg	21 Informatie over de behandelwijze 22 Relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren
Tuchtrecht en klachtenopvang	23 Klachtenregeling 24 Tuchtrecht
Kwaliteitsbewaking en -verbetering	25 Betrokkenheid van patiënten/cliënten 26 Intercollegiale kwaliteitstoetsing 27 Kwaliteitsbewaking door de beroepsorganisatie 28 Kwaliteitsbewaking door koepelorganisaties.

Het feit dat het referentiekader niet ingaat op de inhoud van de normen maakt tegelijkertijd duidelijk dat de normen van het referentiekader en criteria die bijvoorbeeld door het LOPAG zijn geformuleerd, in elkaars verlengde liggen. Het referentiekader geeft aan **wat** geregeld zou moeten zijn, de LOPAG-criteria geven aan **hoe** deze normen volgens patiënten-/consumentenorganisaties idealiter zouden moeten zijn ingevuld. Bij het invullen van de normen kunnen beroepsorganisaties zich onder andere op deze LOPAG-criteria baseren. Overigens kunnen patiënten/consumenten en

hun organisaties ook op diverse andere manieren bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken. Tijdens de Leidschendamconferenties is afgesproken dat de inbreng van de patiënt/consument zeker dient te zijn gesteld. Daarnaast kunnen beroepsorganisaties zich ook laten leiden door kwaliteitseisen van koepelorganisaties, eigen kwaliteitseisen en eisen van zorgverzekeraars, daarbij vanzelfsprekend de wettelijke voorschriften in acht nemend.

Kwaliteitszorg

Elke norm in het referentiekader bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt de organisatie gevraagd duidelijk te maken welke regels er gelden, het tweede deel van de norm gaat over de handhaving van deze regels. Bijvoorbeeld "de organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze regels in acht nemen". Door dit aspect van kwaliteitsbewaking toe te voegen wordt voorkomen dat regels uitsluitend op papier bestaan. Kwaliteitszorg bestaat uit zowel regelgeving als handhaving.

Voor het handhaven van de regels bestaan diverse mogelijkheden en gradaties. Een eerste stap is verspreiding van de regels zodat beroepsbeoefenaren daarvan kennis kunnen nemen. Ook kan beroepsbeoefenaren worden gevraagd de regels te ondertekenen of te onderschrijven. Daarnaast kunnen diverse kwaliteitsbewakende procedures worden gehanteerd, zoals bijvoorbeeld periodieke patiëntenraadpleging, intercollegiale toetsing of visitatie. Kwaliteitsbewaking kan ook door de beroepsorganisatie of door een koepelorganisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld via de eisen die worden gesteld aan het lidmaatschap van de vereniging, eisen ten aanzien van opneming in het beroepsregister of via een systeem van herregistratie. Tenslotte vindt kwaliteitsbewaking plaats via goed functionerende klachtenregistraties en tuchtrechtprocedures.

Kwaliteitsbewaking is onlosmakelijk verbonden met kwaliteitsverbetering. Door het opsporen van problemen kunnen structurele verbeteringen worden aangebracht. Door dit cyclische karakter van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering ontstaat steeds betere kwaliteit. Men spreekt ook wel van feedbacksystemen. Het cyclische karakter is ook van toepassing op dit referentiekader dat op basis van de ervaringen kan worden bijgesteld en verbeterd.

Randvoorwaarden

Tot slot, de mate waarin een beroepsgroep aan de normen in het referentiekader voldoet, is een indicatie van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het is geen indicatie van de kwaliteit van de zorg, omdat de inhoud en effectiviteit van de genees- en behandelwijze buiten beschouwing blijft. De normen weerspiegelen uitsluitend de randvoorwaarden.

3.3 Opleiding, bij- en nascholing

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

De hierna te beschrijven kwaliteitsnormen van het referentiekader houden in dat inzichtelijk wordt gemaakt waaruit de opleiding en de te volgen bij- en nascholing bestaat. Die twee hangen nauw met elkaar samen. De door opleiding verworven kennis, attitude en vaardigheden dienen immers op peil te blijven om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te handhaven. Dat betekent dat de beroepsbeoefenaar op de hoogte moet blijven van de voor het beroep relevante ontwikkelingen.

Normen voor de opleiding hebben betrekking op zowel de noodzakelijk geachte reguliere opleiding als de opleiding in de toegepaste genees-/behandelwijze. Zodra opleidingseisen en specifiek eindtermen van de opleidingen zijn beschreven, spreekt men van een opleidingsprofiel.

Normen ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing

De organisatie maakt duidelijk welke eisen zij stelt aan de reguliere opleiding van de beroepsbeoefenaren.

De organisatie maakt duidelijk welke eisen zij aan beroepsbeoefenaren stelt ten aanzien van de opleiding in de (alternatieve) genees-/behandelwijze.

De organisatie maakt duidelijk welke eisen zij aan beroepsbeoefenaren stelt ten aanzien van bij- en nascholing.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren aan de eisen ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing voldoen.

De eerste norm houdt in dat de organisatie duidelijk maakt of, en zo ja welke reguliere vooropleiding een beroepsbeoefenaar minimaal moet hebben voltooid om de opleiding voor de toe te passen genees-/behandelwijze te mogen volgen en in aanmerking te komen voor het lidmaatschap van de organisatie. Volstaan kan worden met een aanduiding van het schooltype of het niveau van de opleiding: minimaal wettelijk lagere school, MAVO, HAVO, VWO, LBO-, MBO-, HBO- of universitair niveau. Ook kan minimaal een paramedische opleiding (tot fysiotherapeut, diëtist en dergelijke), een verpleegkundige opleiding of een artsenopleiding verplicht worden gesteld. Let wel, in principe voldoet men ook aan de norm indien duidelijk wordt gemaakt dat **geen** eisen aan de reguliere opleiding worden gesteld.

Als tweede norm wordt van de organisatie gevraagd duidelijk te maken of, en zo ja welke eisen de organisatie stelt ten aanzien van de opleiding in de alternatieve genees- en behandelwijze. Hierbij valt te denken aan het expliciteren van o.a. de volgende aspecten:

- opleidingsduur (hoe lang duurt de opleiding minimaal);
- studiebelasting (cursusdagen, zelfstudie, stage, praktijk);
- inhoud en niveau van de opleiding, dat wil zeggen de eindtermen;
- erkenning van opleidingen (door de beroepsorganisatie);
- enzovoorts.

Het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) acht het van groot belang dat de opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen zoveel mogelijk gestandaardiseerd worden (zie bijlage 2 voor het standpunt van de LOPAG inzake opleidingseisen).

Als duidelijk is welke opleidingseisen worden gesteld, is de tweede stap, het waarborgen van deze opleidingseisen. Dit betekent dat de organisatie inzichtelijk maakt op welke wijze naleving van deze opleidingseisen wordt bewaakt. De organisatie kan

bijvoorbeeld inzage in het diploma als voorwaarde stellen voor het lidmaatschap van de vereniging of voor opname in het beroepsregister.

De derde norm heeft betrekking op bij- en nascholing. Naast het bijhouden van vakliteratuur helpen bij- en nascholing om de tijdens de opleiding geleerde kennis, kunde en attitude bij te houden en aan te vullen. Men kan hierbij onderscheid maken tussen interne na- en bijscholing die wordt verzorgd door de beroepsorganisatie of de leden zelf, bijvoorbeeld in de vorm van lezingen, voordrachten of interne cursussen. Een tweede vorm is externe na- en bijscholing, die wordt verzorgd door organisaties of instanties buiten de beroepsorganisatie.

Een beroepsorganisatie kan regels stellen ten aanzien van het niveau en de kwaliteit van de bij- en nascholing. Een mogelijkheid is ook een minimum aan na- en bijscholing verplicht te stellen.

Indien een beroepsorganisatie regels ten aanzien van bij- en nascholing heeft gesteld, is de volgende stap het bewaken van deze regels en inzichtelijk te maken op welke wijze men dat doet. De bij- en nascholing kan inzichtelijk worden gemaakt door o.a. de volgende aspecten te beschrijven:

- duur van de bij- en nascholing (periode);
- vorm van de na- en bijscholing (themadagen, seminars, cursussen, supervisie);
- studiebelasting (cursusdagen, zelfstudie, stage, praktijk);
- intern of extern verzorgde na- en bijscholing;
- inhoud en niveau van na- en bijscholing, dat wil zeggen de eindtermen;
- erkenning van bij- en nascholing (door de beroepsorganisatie);
- enzovoorts.

Bij erkenning van bij- en nascholing kan men denken aan het erkennen van specifieke cursussen of aan het erkennen van organisaties die nascholing verzorgen.

Stand van zaken ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing

Hieronder volgt de stand van zaken ten aanzien van de opleidingen die gelden bij de diverse organisaties van alternatieve genees- en behandelwijzen. De gegevens zijn ontleend aan de enquête van 81 organisaties. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de reguliere opleidingseisen, de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze en de bij- en nascholing.

Tabel 3.1 Eisen t.a.v. de reguliere schoolopleiding bij 81 beroepsorganisaties

	aantal organisaties	%
Geen schooldiploma	12	15%
Minimaal wettelijk lagere school	2	3%
Minimaal wettelijk MAVO	4	5%
Minimaal wettelijk HAVO	9	11%
Minimaal wettelijk VWO	1	1%
Minimaal wettelijk LBO	2	3%
Minimaal wettelijk MBO	9	11%
Minimaal wettelijk HBO	20	25%
Minimaal paramedische opleiding (fysiotherapeut, diëtist enz)	11	14%
Minimaal verpleegkundige opleiding	4	5%
Minimaal artsenopleiding	14	17%
Minimaal universitair, niet medisch (psycholoog, bioloog enz)	5	6%
Anders	25	31%
Totaal	118	147%

In totaal stelt 79% van de organisaties (niet in de tabel) eisen aan de reguliere opleiding van therapeuten (variërend van MAVO t/m universitair). De tabel illustreert de grote verschillen die er tussen de organisaties bestaan in de eisen die er ten aanzien van de reguliere schoolopleiding worden gesteld. Twaalf organisaties stellen geen specifieke eisen terwijl 14 organisaties minimaal een artsenopleiding als eis stellen om de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze te mogen volgen. Het meest frequent wordt een wettelijk HBO-niveau als opleidingseis gesteld (inclusief een paramedisch of verpleegkundig diploma).

Bijna eenderde van de organisaties heeft ingevuld dat andere eisen worden gesteld voor het volgen van de opleiding in de alternatieve genees- en behandelwijze of heeft deze ruimte gebruikt om een toelichting te geven. Zaken die daarbij worden genoemd zijn onder andere: "MBO is wel gewenst maar niet verplicht"; "de opleidingseisen wisselen per persoon omdat ervaring zeer zwaar meetelt"; "er is een opleiding tot maatschappelijk werk vereist". De tabel telt op tot 147% omdat een aantal organisaties meerdere (vergelijkbare) opleidingseisen heeft aangekruist, of omdat er verschillende opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijze bestaan die verschillende opleidingseisen stellen.

Om de opleiding in de genees- en behandelwijze te mogen volgen vragen enkele organisaties - naast de reguliere opleiding - aantoonbare kennis van de geneeswijze. Bij enkele andere organisaties moet men de gave van genezen bezitten om de opleiding te kunnen volgen.

In de enquête is niet gevraagd op welke wijze wordt nagegaan of de beroepsbeoefenaren over de vereiste diploma's beschikken, zodat hierover geen uitspraken kunnen worden gedaan.

Bij de ruime meerderheid van de beroepsgroepen (88%) bestaat er een opleiding in de specifieke genees- of behandelwijze; bij een minderheid bestaat geen specifieke opleiding. Bij bijna de helft van de organisaties (49%) wordt de opleiding verzorgd door een of meer onafhankelijk(e) opleidingsinstituten. Bij 11% is het de beroepsorganisatie zelf die de opleiding verzorgt. Bij de overige organisaties is sprake van mengvormen, bijvoorbeeld doordat erkende leden aan de opleiding meewerken of doordat de vereniging de opleiding coördineert. Bij een enkeling is sprake van een opleiding in het buitenland. In de enquête zijn geen vragen gesteld over de inhoud en de eindtermen van de opleiding. Er is uitsluitend gevraagd naar de duur en de intensiteit van de opleiding. Tabel 3.2 geeft een indicatie van de duur van de opleiding.

Tabel 3.2 Duur van de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze (N=81)

	aantal organisaties	%
2 - 6 maanden	2	3%
6 - 12 maanden	5	6%
1 - 2 jaar	14	17%
2 - 3 jaar	16	20%
3 - 4 jaar	31	38%
meer dan 4 jaar	9	11%
onbekend	1	1%

Ruim eenderde van de organisaties (38%) heeft ingevuld dat de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze drie tot vier jaar in beslag neemt, terwijl nog eens 11% meldt dat de opleiding langer dan vier jaar duurt. Slechts 7 organisaties

(9%) hebben aangegeven dat de opleiding minder dan een jaar in beslag neemt. Omdat de opleidingsperiode alleen weinig informatie geeft over de zwaarte van de opleiding is aanvullend gevraagd hoeveel dagdelen de opleiding daadwerkelijk in beslag neemt. Een driejarige opleiding kan bijvoorbeeld bestaan uit in totaal 20 zaterdagen (= 20 dagen).

Uit de resultaten blijkt dat de variatie tussen de opleidingen groot is: een kwart van de opleidingen beslaat 45 dagen of minder (8 dagen is het minimum), terwijl eveneens een kwart van de opleidingen 135 dagen of meer beslaat (het maximum is een opleiding van 625 dagen).

Bij- en nascholing kan intern worden verzorgd door leden van de beroepsvereniging of extern door organisaties buiten de beroepsvereniging. Een overzicht van dit externe aanbod aan bij- en nascholing is aanwezig bij de helft (53%) van de beroepsorganisaties. Ook meldt 42% van de organisaties dat men op enigerlei wijze normen heeft opgesteld waaraan de na- en bijscholing moet voldoen om door de organisatie te worden erkend. Nog eens 17% heeft plannen in die richting. Omtrent het verplicht stellen van na- en bijscholing lopen de meningen uiteen, zoals tabel 3.3 laat zien.

Tabel 3.3 Opvattingen over verplichtstelling van interne en externe bij- en nascholing (N=81)

	na- en bijscholing			
	intern		extern	
Na/bijscholing is verplicht voor de leden	28	35%	19	24%
Men is van plan na/bijscholing verplicht te stellen	18	22%	19	24%
Men is niet van plan na/bijscholing verplicht te stellen	22	27%	36	44%
Niet ingevuld	13	16%	7	9%

Bij eenderde van de beroepsorganisaties zijn interne vormen van na- en bijscholing verplicht gesteld voor de leden (het gaat daarbij zowel om lezingen en voordrachten als om interne cursussen die door (leden van) de beroepsgroep worden verzorgd). Ten aanzien van externe nascholing gelden minder verplichtingen.

Eveneens bijna eenderde van de organisaties is juist niet van plan na- en bijscholing verplicht te stellen en dat percentage stijgt tot 44% wanneer het gaat om vormen van externe bij- en nascholing.

Ook op vrijwillige basis wordt door beroepsbeoefenaren na- en bijscholing gevolgd. Van de 81 organisaties konden 50 organisaties een schatting geven van de door de leden gevolgde interne bijscholing. Zij schatten dat gemiddeld 64% van de leden geregeld deelneemt aan lezingen en voordrachten die vanuit de beroepsgroep worden georganiseerd (met een spreiding van 10% tot 100%). Over deelname aan externe na- en bijscholing konden 45 organisaties een schatting geven. Zij schatten dat gemiddeld 64% van de leden aan externe cursussen deelneemt. De verschillen tussen de organisaties zijn groot: 2 organisaties schatten dat 10% of minder van de leden aan externe bij- en nascholing deelneemt terwijl 13 organisaties schatten dat meer dan 90% in externe nascholing participeert.

Conclusies

De normen ten aanzien van opleiding, na- en bijscholing houden ten eerste in dat

inzichtelijk wordt gemaakt welke eisen hieraan worden gesteld. De ruime meerderheid van de organisaties heeft de opleidingseisen geformuleerd. Er is sprake van inzichtelijkheid indien deze eisen voor patiënten-/consumentenorganisaties (en anderen) toegankelijk zijn, dat wil zeggen ter inzage liggen in bijvoorbeeld een documentatiecentrum of bibliotheek. Dan worden derden in staat gesteld om zich een oordeel te vormen over het niveau van de beroepsgroep. Merk op dat men ook aan de normen kan voldoen indien men kenbaar maakt dat géén eisen aan de (voor)opleiding worden gesteld (als men bijvoorbeeld onder toezicht werkt of als er sprake is van een 'gave'). Ook dan maakt men aan patiënten/consumenten inzichtelijk welk niveau de patiënt bij de beroepsbeoefenaar kan verwachten.

Van reguliere opleidingseisen is duidelijk wat deze voorstellen (de eindtermen zijn wettelijk geregeld), van de opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen is dit niet op voorhand duidelijk. Er bestaat (nog) geen systeem voor erkenningen van opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen en niet altijd zijn de eindtermen van de opleiding geëxpliciteerd. Dat betekent dat ten aanzien van opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijze concrete informatie nodig is omtrent de eindtermen van de opleiding, wil de organisatie voor derden inzichtelijk kunnen maken wat de opleidingseisen inhouden. Datzelfde geldt voor de bij- en nascholing in de alternatieve genees- en behandelwijzen.

Zodra de opleidingseisen vaststaan is de volgende stap, het waarborgen dat beroepsbeoefenaren aan de gestelde eisen voldoen. Dit kan onder andere gebeuren via de diploma's die vereist zijn voor het lidmaatschap van de vereniging of voor opname in het beroepsregister, zoals in de volgende paragraaf wordt beschreven.

3.4 Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

Ook de normen voor dit deelgebied hebben te maken met het inzichtelijk maken van kwaliteit. De beroepsorganisaties kunnen - op basis van overeenstemming over wat een goede beroepsuitoefening is - vakkundig werkende beroepsbeoefenaren selecteren en registreren in een beroepsregister. Niet alleen wordt op die manier de kwaliteit van de beroepsuitoefening bewaakt, ook krijgen derden inzicht in de te verwachten kwaliteit van het werk van de geregistreerde beroepsbeoefenaren, omdat een beroepsregister openbaar is. Patiënten/cliënten kan zo de garantie worden geboden dat hij of zij behandeld wordt door een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar, die op een professionele manier te werk gaat.

De eerste norm behelst dat de organisatie zichtbaar maakt aan welke eisen beroepsbeoefenaren moeten voldoen om zich in te kunnen schrijven in een beroepsregister van de organisatie. Een beroepsregister is een register van praktiserende leden die voldoen aan de door de beroepsorganisatie gestelde eisen. Het is dus méér dan een eenvoudige ledenlijst. Een ledenlijst hoeft niet openbaar te zijn, een beroepsregister is wel openbaar.

Het expliciteren van selectiecriteria is een eerste stap; als tweede stap kan de organisatie kenbaar maken op welke wijze men nagaat of de beroepsbeoefenaren aan de criteria voldoen, zoals ook door de LOPAG wordt bepleit.

Selectiecriteria voor opname in een beroepsregister kunnen betrekking hebben op alle aspecten van de beroepsuitoefening, bijvoorbeeld:

- opleidingseisen (zie paragraaf 3.3);

- eventuele eisen ten aanzien van de persoon van de therapeut;
- praktijkuitoefening en minimale praktijkomvang (zie paragraaf 3.5 t/m 3.7);
- onderworpen zijn aan tuchtrecht en klachtenregelingen (zie paragraaf 3.9).

Normen ten aanzien van het beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten

De organisatie maakt duidelijk welke selectiecriteria zij hanteert voor opname in een beroepsregister.

Indien de organisatie een systeem kent van herregistratie maakt de organisatie duidelijk welke regels er voor herregistratie gelden.

De organisatie zorgt ervoor dat gekwalificeerde beroepsbeoefenaren als zodanig herkenbaar zijn voor patiënten/cliënten.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk op welke wijze handhaving van deze regels is gewaarborgd en op welke wijze patiënten/consumenten kunnen nagaan of beroepsbeoefenaren gekwalificeerd zijn.

De normen die voor het beroepsregister gelden zijn ook van toepassing op herregistratie. Herregistratie wil zeggen dat registratie in het beroepsregister gekoppeld is aan een certificaat met een bepaalde geldigheidsduur, bijvoorbeeld vijf jaar. Registratie wordt alleen verlengd als de beroepsbeoefenaar nog steeds voldoet aan de geldende selectiecriteria. Daarnaast kunnen bij herregistratie ook aanvullende eisen worden gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot bij- en nascholing of ten aanzien van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering (zie paragraaf 3.10).

Voor patiënten of cliënten is het van groot belang dat gekwalificeerde beroepsbeoefenaren - zij die zijn opgenomen in het beroepsregister van de organisatie - voor hen herkenbaar zijn. De derde norm heeft betrekking op deze herkenbaarheid. Als een eerste stap kan een organisatie vaststellen welke herkenbare beroepstitel door gekwalificeerde beroepsbeoefenaren wordt gevoerd. De herkenbaarheid kan tot uiting komen via bijvoorbeeld een deurplaat of schild; via de openbaarheid van het beroepsregister; of door middel van een informatiefolder voor patiënten of cliënten. Als tweede stap kan men inzichtelijk maken hoe patiënten of cliënten kunnen nagaan of een beroepsbeoefenaar gekwalificeerd is.

Stand van zaken ten aanzien van het beroepsregister en herkenbaarheid

Op dit moment is het onderscheid tussen een ledenlijst en een beroepsregister nog verre van duidelijk. Wel bestaan er binnen het alternatieve veld een aantal initiatieven om te komen tot openbare beroepsregisters, waarbij eenduidige eisen aan de beroepsbeoefenaren worden gesteld. Bij de ANG zijn de voorbereidingen tot het instellen van beroepsregisters voor niet-artsen per 1 december 1996 afgerond en kan in 1997 gestart worden met het aanleggen van dergelijke beroepsregisters. Voor opname in het beroepsregister van de ANG geldt als minimale eis een HBO-niveau terwijl daarnaast aanvullende eisen worden gesteld.

Alle beroepsorganisaties op één na houden een ledenlijst bij terwijl de ruime meerder-

heid (90%) ook de criteria voor het lidmaatschap op schrift heeft gesteld. Bij ruim de helft (57%) van de organisaties is deze ledenlijst openbaar.

Volgens de enquête beschikken 57 beroepsorganisaties (70%) over een eigen beroepsregister. Tien organisaties maken (ook) gebruik van het beroepsregister van een koepelorganisatie of van een externe organisatie, zodat in totaal 75% van de organisaties over een beroepsregister zegt te beschikken. In totaal hebben 44 organisaties (54%) de eisen voor opname in het beroepsregister op schrift gesteld. In de vragenlijst was een beroepsregister omschreven als "een register waarin praktiserende leden zijn opgenomen die voldoen aan de door de organisatie gestelde eisen". In de enquête is niet gevraagd naar de openbaarheid van het register omdat wij ervan uit zijn gegaan dat een beroepsregister per definitie openbaar is. Tabel 3.4 laat zien hoe beroepsbeoefenaren voor patiënten en cliënten herkenbaar zijn.

Tabel 3.4 Herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren voor patiënten en cliënten (N=81)

	aantal organisaties	%
Niet herkenbaar	3	4%
Herkenbaar via deurplaat of schild	48	59%
Herkenbaar via openbaarheid van het beroepsregister	37	46%
Herkenbaar via een informatiefolder voor patiënten/cliënten	58	72%
Herkenbaar via tijdschrift/periodiek van de organisatie	20	25%
Anders	32	40%

In totaal geeft 72% van de organisaties aan dat de beroepsbeoefenaren herkenbaar zijn voor patiënten via een informatiefolder of brochure, zoals de tabel toont. Bij ruim de helft van de organisaties wordt gebruik gemaakt van een deurplaat of schild. Daarnaast worden nog tal van andere manieren genoemd, zoals bijvoorbeeld, het RING-schild, de Gouden Gids, kennismakingsavonden, advertenties, open dagen, internet enzovoorts.

Conclusies

De normen in het referentiekader vragen aan de organisatie duidelijk te maken welke selectiecriteria gelden voor opname in een beroepsregister. De resultaten laten zien dat de helft van de organisaties dergelijke selectiecriteria op schrift heeft gesteld. Indien deze criteria toegankelijk en toetsbaar zijn voor derden voldoet men aan de eerste norm. In de norm wordt ervan uitgegaan dat een beroepsregister per definitie openbaar is, zodat patiënten kunnen nagaan of de beroepsbeoefenaar gekwalificeerd is.

Volgens in totaal driekwart van de organisaties (totaal 74% niet in tabel) zijn gekwalificeerde beroepsbeoefenaren herkenbaar via het beroepsregister of via een deurplaat of schild. In hoeverre dit voldoende houvast biedt voor patiënten is op dit moment onduidelijk omdat beroepstitels van alternatieve beroepsbeoefenaren niet wettelijk zijn beschermd.

Dit betekent dat op dit moment nog vrij veel onzekerheid bestaat omtrent de vraag in hoeverre patiënten kunnen nagaan of beroepsbeoefenaren gekwalificeerd zijn.

3.5 Toepassing van de genees- of behandelwijze

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

De kenmerken van de genees- en behandelwijze worden doorgaans beschreven in een beroepsprofiel. Een beroepsprofiel maakt onder andere zichtbaar wat de genees- of behandelwijze inhoudt, welke therapievormen worden toegepast, welke patiënten hierbij gebaat kunnen zijn en wat de begrenzingen zijn van de genees- of behandelwijze. Op basis van een beroepsprofiel kunnen de vereiste deskundigheden en de eindtermen van de opleiding worden vastgesteld. Het LOPAG pleit voor het opstellen van uniforme beroepsprofielen. Het LOPAG heeft een achttal criteria voor dergelijke profielen geformuleerd (zie bijlage 2). Ook door de ANG en andere organisaties zijn raamwerken voor beroepsprofielen opgesteld. Op dit moment bestaan er nog grote verschillen in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan een beroepsprofiel.

Normen ten aanzien van de toepassing van de genees- of behandelwijze

De organisatie beschikt over een omschrijving op schrift van de door de beroepsbeoefenaren toegepaste genees-/behandelwijze(n).

De organisatie beschikt over een omschrijving op schrift van de deskundigheden en vaardigheden van de beroepsbeoefenaren.

De organisatie maakt duidelijk welke onderdelen van de beroepsuitoefening zijn geregeld in protocollen, richtlijnen of standaarden.

De organisatie maakt duidelijk welke regels of normen gelden voor het stellen van een diagnose.

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen zij stelt voor het voorschrijven van medicijnen.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren de regels ten aanzien van de toepassing van de genees-/behandelwijze in acht nemen.

In de eerste twee normen wordt van de organisatie gevraagd om (voor derden) zichtbaar te maken wat de toe te passen genees-/behandelwijze inhoudt en welke deskundigheden daarvoor zijn vereist. Onder andere de hiernavolgende aspecten kunnen in een beroepsprofiel worden beschreven:

- historie (het ontstaan van de genees-/behandelwijze);
- filosofie (mensbeeld);
- kenmerken en doelen van de therapie;
- therapievormen en gebruik van middelen/materialen;
- werkwijze (probleemanalyse, behandelplan, behandelingsmethode, evaluatie);
- evaluatie van de effecten van de therapie;
- uitkomsten van of bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek;
- indicaties voor en begrenzing van de behandeling;
- vereiste opleiding, deskundigheden en kennis van het vakgebied;

- eventueel medische basiskennis (of het kunnen beoordelen van de gezondheidstoestand en eventuele complicaties);
- vaardigheden (de handelingen waartoe men wel en niet bekwaam is);
- ethiek, attitude en gedrag (bejegening); enzovoorts.

Nadat de genees- of behandelwijze en de vereiste deskundigheden in een beroepsprofiel zijn beschreven, is een volgende stap te waarborgen dat beroepsbeoefenaren zich aan het beroepsprofiel houden. Hiervoor is ten eerste nodig dat de beroepsbeoefenaren de inhoud van het beroepsprofiel kennen en onderschrijven. Het is daarnaast denkbaar dat vormen van kwaliteitstoetsing worden uitgevoerd (zie paragraaf 3.10) om na te gaan of beroepsbeoefenaren conform het beroepsprofiel handelen. Het gaat er uiteindelijk om inzichtelijk te maken op welke wijze het deskundigheidsniveau van de beroepsgroep wordt gewaarborgd.

De derde norm betreft de (ontwikkeling van) protocollen, standaarden of richtlijnen die richting geven aan het professioneel handelen. Zij geven aan hoe een beroepsbeoefenaar in een bepaalde situatie dient te handelen. Protocollen, richtlijnen of standaarden kunnen met name ook van belang zijn voor het beheersen van risicovolle situaties of het voorkómen van fouten.

Tenslotte bevat het referentiekader normen (richtlijnen of standaarden) omtrent het stellen van de diagnose en het eventueel voorschrijven van medicijnen. Ook aan een alternatieve behandeling ligt een diagnose ten grondslag. Dit kan een reguliere medische diagnose zijn of een diagnose in termen van de toe te passen genees- of behandelwijze. Soms zullen ook twee diagnoses worden gebruikt; de medische diagnose dient dan vooral om met de patiënt of met eventuele betrokken reguliere hulpverleners te communiceren. Van belang is te expliciteren of uitgegaan wordt van een (door een reguliere arts gestelde) medische diagnose of dat beroepsbeoefenaren zelfstandig de diagnose stellen. Van belang is ook inzichtelijk te maken welke methode van diagnostiseren toegepast wordt en toegestaan is binnen de beroepsvereniging en bij welke diagnoses men wel en niet tot behandeling overgaat (uitsluitingsdiagnostiek). Informatie kan ook betrekking hebben op de mate waarin beroepsbeoefenaren vrij zijn een intuïtieve of creatieve invulling te geven aan diagnosestelling en behandeling.

Bij een aantal alternatieve genees- en behandelwijzen worden medicijnen voorgeschreven. Anders dan het geval is bij geregistreerde, allopathische geneesmiddelen, is het voorschrijven van niet-geregistreerde, homeopathische of fytotherapeutische geneesmiddelen niet in de wet geregeld. Daarom wordt aan de organisatie gevraagd duidelijk te maken aan welke eisen de beroepsbeoefenaar moet voldoen om dergelijke geneesmiddelen te mogen voorschrijven en welke regels daarbij in acht worden genomen.

Daarbij valt te denken aan de volgende aspecten:

- kennis van geneesmiddelen bij de beroepsbeoefenaar;
- omschrijving van de ziektebeelden waarbij geneesmiddelen worden voorgeschreven;
- informatie aan patiënten (bijsluiters, gebruiksaanwijzing);
- regels aangaande veiligheid en risico's;
- enzovoorts.

Zodra de regels aangaande diagnostiseren en voorschrijven van geneesmiddelen zijn geformuleerd is een tweede stap, de naleving ervan. Daarvoor is nodig dat de beroepsbeoefenaren de regels kennen en onderschrijven. Tenslotte kan de organisatie

inzichtelijk maken via welke wijze van (kwaliteits)toetsing wordt bewaakt dat beroepsbeoefenaren de regels in acht nemen.

Stand van zaken ten aanzien van toepassing van de genees- of behandelwijze

In de enquête is gevraagd in hoeverre er binnen de beroepsorganisatie regels en normen gelden voor het toepassen van de genees- of behandelwijze. Hierbij zijn ook inbegrepen de door koepelorganisaties opgestelde regels en normen waar de beroepsorganisatie zich aan gebonden acht. In tabel 3.5 is onderscheid gemaakt in schriftelijk vastgelegde regels en normen en mondelinge afspraken (dat wil zeggen regels die nog niet op schrift zijn gesteld).

Tabel 3.5 Regels en normen met betrekking tot het toepassen van de genees- of behandelwijze (N=81)

	mondeling		schriftelijk	
	aantal	%	aantal	%
Omschrijving van de genees-/behandelwijze	2	3%	64	79%
Omschrijving van deskundigheden en vaardigheden	9	11%	52	64%
Protocollen, standaarden of richtlijnen	9	11%	50	62%
Regels/normen voor het stellen van de diagnose	15	19%	31	38%
Regels/normen voor het voorschrijven van medicijnen	7	9%	18	22%
Regels/normen voor andere specifieke handelingen	6	7%	21	26%

De meerderheid van de beroepsorganisaties beschikt over een omschrijving van de genees- of behandelwijze die door de beroepsbeoefenaren wordt toegepast. De hiervoor vereiste deskundigheden en vaardigheden zijn bij bijna tweederde van de organisaties schriftelijk vastgelegd. Bijna tweederde van de organisaties meldt dat zij beschikken over een of meerdere protocollen, richtlijnen of standaarden waarin aspecten van de beroepsuitoefening zijn gereguleerd. (In de enquête is niet gevraagd naar het aantal en de inhoud van de protocollen.) Minder frequent wordt melding gemaakt van schriftelijke regels voor het stellen van de diagnose (38%) of voor het voorschrijven van medicijnen (22%). Een aantal organisaties heeft wel mondelinge afspraken op dit gebied. Andere specifieke handelingen waarvoor regels zijn opgesteld betreffen onder andere: strikte contra-indicaties, elektronische meetapparatuur, receptuur voor zolen, of regels ten aanzien van het doorboren van de huid.

Conclusies

In het referentiekader wordt gevraagd om inzicht te geven in de kenmerken van de genees- of behandelwijze en de deskundigheden die daarvoor zijn vereist. De meerderheid van de organisaties meldt over dergelijke omschrijvingen te beschikken. Deze organisaties kunnen in principe overgaan tot de volgende fase in de kwaliteitsbewaking, namelijk aan derden duidelijk maken op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze regels in acht nemen.

De meerderheid van de organisaties blijkt nog niet te voldoen aan de overige normen met betrekking tot het toepassen van de genees- of behandelwijze. Dat betekent dat deze organisaties zich in eerste instantie zullen richten op het expliciteren van (de methode van) diagnosestelling, het expliciteren van indicaties voor de behandeling en - voor zover van toepassing - op het ontwikkelen van regels en normen voor het voorschrijven van medicijnen. Vervolgens kan de aandacht gericht worden op handha-

ving van de regels.

In dit onderzoek is de inhoud van alle hierboven genoemde deskundighedsomschrijvingen niet bestudeerd. Dit betekent dat (nog) geen uitspraken kunnen worden gedaan over de mate waarin deze omschrijvingen voldoen aan de eisen die door het LOPAG aan een beroepsprofiel worden gesteld.

3.6 Organisatie van de zorgverlening

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

Om de betrouwbaarheid van de praktijkvoering en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen zijn normen en regels nodig voor de organisatie van de zorgverlening. Daaronder vallen: de bereikbaarheid van de beroepsbeoefenaar en de praktijkinrichting, het bewaken van de hygiëne, het bijhouden van een patiënt- of cliëntdossier en de behandeltarieven. Onder andere het LOPAG heeft eisen ten aanzien van de praktijkvoering geformuleerd (zie bijlage 4).

Normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen gelden voor de bereikbaarheid van beroepsbeoefenaren.

De organisatie maakt duidelijk welke richtlijnen gelden voor de inrichting van de praktijkruimten.

De organisatie maakt duidelijk welke regels of normen gelden voor de patiënten- of cliëntenstatus of dossier.

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen gelden voor het bewaken van de hygiëne.

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen gelden voor de tarieven van de behandeling.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren de regels en normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening in acht nemen.

In de eerste normen wordt van de organisatie gevraagd te expliciteren hoe de bereikbaarheid van de beroepsbeoefenaren is geregeld en welke eisen gelden voor de inrichting van de praktijk. Bij het regelen van de bereikbaarheid gaat het bijvoorbeeld om de manier waarop de patiënt/cliënt de beroepsbeoefenaar kan raadplegen (inloopspreekuur, volgens afspraak, telefonisch), de bereikbaarheid binnen en/of buiten kantooruren en regelingen omtrent weekenddiensten, waarneming, onderlinge vakantieafspraken en in zijn algemeenheid de continuïteit.

Om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden, zal de inrichting van de praktijk aan bepaalde regels moeten voldoen. Daarbij is een beroepsbeoefenaar minimaal gebonden aan de bouw- en veiligheidsvoorschriften van de gemeente. Aanvullende voor-

schriften zijn mogelijk, bijvoorbeeld ten aanzien van de toegankelijkheid, de beschikbaarheid van wachtruimte, garderobe en toiletten en de inrichting van de spreekkamer of behandelkamer.

Ook voor de patiëntenstatus kunnen regels zijn opgesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van de informatie die door de beroepsbeoefenaar wordt bijgehouden in een dossier. Richtlijnen hieromtrent zijn te vinden in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Volgens deze wet moeten in het dossier in ieder geval relevante gegevens over de gezondheid van de patiënt en over verrichtingen worden aangekend. Vanzelfsprekend wordt daarbij de wetgeving op het gebied van de privacybescherming in acht genomen (zie ook paragraaf 3.7). Naast de privacybescherming kunnen onder andere regels worden opgesteld omtrent het bewaren van het dossier en vernietiging van gegevens, het inzagerecht van patiënten/cliënten, en verstrekking van inlichtingen aan anderen dan de patiënt.

Bewaking van de hygiëne betekent dat de beroepsbeoefenaar ervoor zorgt dat alle mogelijke bronnen van besmetting zijn verwijderd. In de norm is gesteld dat de organisatie duidelijk maakt aan welke eisen deze bewaking moet voldoen. Daarbij valt onder andere te denken aan:

- bewaking van de hygiëne in de behandelkamer (bijvoorbeeld onderzoektafel, apparatuur);
- hygiëne van beroepsbeoefenaar en patiënt (bijvoorbeeld handen wassen);
- sterilisatie en desinfectie (met alcohol of een sterilisatie-apparaat als instrumenten of materialen meerdere keren worden gebruikt);
- eisen aan het gebruik van materiaal (wegwerpnaalden, disposables);
- eisen aan de feitelijke behandeling (gebruik van naalden);
- enzovoorts.

Tenslotte kan de tariefstelling inzichtelijk worden gemaakt. Aan patiënten en andere betrokkenen kan duidelijk worden gemaakt welke tarieven beroepsbeoefenaren voor hun behandelingen in rekening kunnen brengen. De organisatie kan bijvoorbeeld adviestarieven opstellen en bekend maken op welke wijze beroepsbeoefenaren de patiënten hieromtrent informeren. Ook informatie over de gemiddelde duur van een consult en de totale kosten van de behandeling kunnen aan patiënten ter beschikking worden gesteld. Daarnaast kan de organisatie richtlijnen geven voor het opstellen van correcte rekeningen of ten aanzien van een professionele wijze van boekhouden conform de eisen van de fiscus.

Ten aanzien van alle hiervoor besproken normen geldt dat een eerste stap bestaat uit het opstellen van regels en normen. Vervolgens kan deze informatie worden verspreid onder beroepsbeoefenaren en patiënten. Uiteindelijk kan de organisatie inzichtelijk maken op welke wijze gewaarborgd is dat beroepsbeoefenaren de regels in acht nemen.

Stand van zaken ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening

Het aantal beroepsorganisaties dat mondelinge afspraken of schriftelijke regels heeft geformuleerd ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening is in tabel 3.6 weergegeven.

Tabel 3.6 Regels en normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening (N=81)

	mondeling		schriftelijk	
	aantal	%	aantal	%
Regels/normen aangaande de bereikbaarheid	10	12%	20	25%
Regels/normen voor de praktijkinrichting	12	15%	32	40%
Regels/normen voor patiëntenstatus(dossier)	6	7%	42	52%
Regels/normen voor hygiëne (evt. steriliteit)	12	15%	22	27%
Regels/normen m.b.t. tarieven van de behandeling	15	19%	43	53%

De tabel laat zien dat de helft van de beroepsorganisaties beschikt over schriftelijk vastgelegde regels ten aanzien van de (advies)tarieven die in rekening worden gebracht en ten aanzien van het bijhouden van het patiëntendossier. Daarnaast heeft een minderheid mondelinge afspraken op dit gebied. Minder frequent (40%) wordt gemeld dat eisen voor de praktijkinrichting op schrift zijn gesteld. De bewaking van de hygiëne is bij ruim een kwart van de organisaties in schriftelijke regels vastgelegd. Zoals al eerder is opgemerkt, is in de enquête niet gevraagd naar de inhoud van de regels en evenmin naar de naleving ervan.

Conclusies

Om aan de normen in het referentiekader te voldoen zal een beroepsgroep in eerste instantie aan derden duidelijkheid moeten verschaffen omtrent de wijze waarop de organisatie van de zorgverlening is geregeld, om vervolgens te laten zien hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren de regels hieromtrent in acht nemen. De gegevens laten zien dat de meerderheid van de beroepsgroepen nog niet bij deze tweede stap is aangeland. Dit betekent dat de aandacht in eerste instantie gericht zal worden op het expliciteren van de diverse aspecten die nodig zijn voor een goede organisatie van de zorgverlening.

3.7 Attitude en gedrag

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

De normen in dit deelgebied hebben betrekking op de bejegening van patiënten/cliënten en de omgang met collega's. De normen kunnen zijn vastgelegd in een beroepscode of in gedragsregels. Volgens de Commissie alternatieve geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988) is een beroepscode 'de codificatie van ethische en praktische normen en beginselen omtrent hetgeen in de uitoefening van een beroep behoort te worden gedaan en te worden nagelaten jegens de patiënt/cliënt, collega-beroepsbeoefenaren en anderen'. De beroepscode vormt een leidraad bij de beroepsuitoefening en laat ruimte voor persoonlijke afweging van de geformuleerde normen. Gedragsregels worden omschreven als: 'richtlijnen voor wat in de betrokken beroepsgroep wordt beschouwd als professioneel gedrag'. Gedragsregels geven concreet aan hoe in bepaalde situaties gehandeld dient te worden. Op de naleving van gedragscode en -regels wordt in eerste instantie toegezien door de andere beroepsbeoefenaren of door de organisatie.

Normen ten aanzien van attitude en gedrag van beroepsbeoefenaren

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen gelden ten aanzien van de privacybescherming van patiënten/cliënten.

De organisatie maakt duidelijk welke beroepscode/gedragsregels gelden voor het omgaan met patiënten of cliënten.

De organisatie maakt duidelijk welke gedragscode/regels gelden voor het omgaan met collega's.

De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen gelden voor de overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze regels in acht nemen.

De eerste norm betreft de privacy-bescherming van patiënten of cliënten. Als hulpverleners met elkaar samenwerken, is uitwisseling van relevante informatie noodzakelijk. Dat moet gebeuren aan de hand van strikte eisen, zodat de privacy van de cliënt gewaarborgd wordt. In dit verband gelden wettelijke voorschriften, zoals vastgelegd via het medisch beroepsgeheim, de richtlijnen van de WGBO, de wet op de privacybescherming en de wet op de persoonsregistratie. De privacy-bescherming geldt ook het bijhouden en bewaren van de dossiers (zie ook paragraaf 3.6).

Onder meer de volgende aspecten kunnen zijn beschreven:

- werking van de persoonsregistratie;
- rechten van geregistreerden en gebruik van persoonsgegevens;
- verstrekking van gegevens (toestemming van de patiënt, aan wie worden de gegevens verstrekt);
- toegang tot persoonsgegevens, inzagerecht, enzovoorts.

De beroepscode of gedragsregels vormen de neerslag van de opvattingen over ethiek en de normen en waarden die in de omgang met patiënten gelden. Het LOPAG spreekt over de grondslagen van de intermenselijke relatie. Via een beroepscode of gedragsregels maakt een organisatie aan de buitenwereld kenbaar hoe de omgang met patiënten of cliënten is geregeld. Het gaat daarbij zowel om de respectvolle bejegening van de patiënt als om de communicatie met en informatieverstrekking aan de patiënt, zoals in de WGBO is geregeld.

Bij het opstellen van een beroepscode of gedragsregels ligt het voor de hand rekening te houden met de uitgangspunten en criteria die patiënten-/consumentenorganisaties, en met name het LOPAG, hieromtrent hebben geformuleerd (zie bijlage 2).

In de beroepscode of gedragsregels kunnen o.a. regels zijn opgesteld omtrent:

- een respectvolle bejegening;
- zelfbeschikking en keuzevrijheid van de patiënt;
- instemming van de patiënt met de behandeling;
- informatiebereidheid van de beroepsbeoefenaar;
- voorlichting aan de patiënt;
- voorkómen van onnodige medicalisering, enzovoorts.

Een beroepsorganisatie kan ook regels opstellen voor de omgang met collega-beroepsgenoten en voor de samenwerking en onderlinge verwijzingen. Er kan bijvoorbeeld een vestigingsbeleid worden vastgesteld (afspraken over vestiging in elkaars werkgebied) en er kunnen afspraken worden gemaakt over overname van elkaars patiënten/cliënten (concurrentie). Ook kan in een gedragscode worden vastgelegd dat men collega's niet in discrediet brengt en hoe men handelt wanneer derden kritiek hebben op collega's.

Er kunnen afspraken gemaakt worden over onderlinge verwijzingen (door- en terugverwijzen) en over eventuele zorg of opvang na de behandeling. De relatie tot de reguliere zorg is apart opgenomen in paragraaf 3.8.

Voor alle hiervoor genoemde regels geldt dat een eerste stap bestaat uit het opstellen van dergelijke regels en normen. Het gaat er vervolgens om dat beroepsbeoefenaren de regels kennen en onderschrijven. Als laatste stap kan inzichtelijk worden gemaakt op welke wijze het naleven van de regels wordt bewaakt, bijvoorbeeld via een klachtenregeling, tuchtrecht of via vormen van (kwaliteits)toetsing.

Stand van zaken ten aanzien van attitude en gedrag

In tabel 3.7 is te zien hoeveel organisaties mondelinge of schriftelijk vastgelegde regels hebben opgesteld ten aanzien van de privacybescherming en ten aanzien van de omgang met patiënten en collega's.

Tabel 3.7 Regels en normen ten aanzien van attitude en gedrag (N=81)

	mondeling		schriftelijk	
	aantal	%	aantal	%
Regels/normen m.b.t. de privacy van patiënten	14	17%	52	64%
Gedragscode/regels voor het omgaan met patiënten	13	16%	54	67%
Gedragscode/regels voor het omgaan met collega's	17	21%	43	53%
Regels/normen voor overdracht of nazorg	11	14%	38	47%

Bijna tweederde van de beroepsorganisaties heeft schriftelijk vastgelegde regels voor de privacybescherming van patiënten. Bij eveneens tweederde van de organisaties is in een gedragscode vastgelegd op welke wijze met de patiënt wordt omgegaan en hoe patiënten dienen te worden bejegend. Iets minder vaak wordt gewag gemaakt van een gedragscode voor het omgaan met collega's, de onderlinge verwijzingen en de eventuele nazorg aan patiënten. In de tabel is te zien dat daarnaast relatief veel organisaties mondelinge afspraken hebben ten aanzien van de attitude en gedrag van beroepsbeoefenaren.

Conclusies

Vergeleken met het vorige thema - de organisatie van de zorgverlening - hebben veel meer beroepsgroepen regels omtrent attitude en gedrag opgesteld. Concreet betekent dit dat patiënten in principe inzicht hebben in de wijze waarop zij worden bejegend indien deze regels openbaar toegankelijk of opvraagbaar zijn. Ongeveer eenderde van de organisaties beschikt nog niet over een gedragscode. Bij de helft van hen kan een dergelijke code tot stand komen door de mondelinge afspraken te expliciteren. Bij de overigen zal een gedragscode nog ontwikkeld moeten worden. Overigens betekent dit

niet dat elke organisatie daarbij opnieuw het wiel behoeft uit te vinden. Zowel in de reguliere als in de alternatieve zorgsector zijn talloze voorbeelden van gedragscodes aanwezig.

3.8 Relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

De normen in dit deelgebied hebben betrekking op de relatie tot beroepsbeoefenaren in de reguliere zorg. In eerste instantie zijn dat huisartsen en medisch specialisten, maar ook met andere hulpverleners wordt wel samengewerkt, zoals met verpleegkundigen en paramedici (fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en anderen). De onderlinge samenwerking wordt bemoeilijkt doordat reguliere en alternatieve zorg per definitie verschillende paradigmata hanteren voor de verklaring van ziekte en gezondheid. Onder andere daardoor is de relatie tussen alternatieve en reguliere zorg vaak een complexe aangelegenheid.

Normen met betrekking tot de relatie met reguliere beroepsbeoefenaren

De organisatie beschikt over schriftelijke informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de toegepaste genees-/behandelwijze.

De organisatie maakt duidelijk welke regels gelden voor de relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren.

De organisatie maakt (op termijn) inzichtelijk hoe ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze regels in acht nemen.

Informatie over de alternatieve genees en behandelwijze geeft reguliere beroepsbeoefenaren inzicht in wat de behandeling inhoudt en geeft inzicht in de aard van de aandoeningen en klachten die kunnen worden behandeld. Met deze kennis kunnen de reguliere hulpverleners zich een beeld vormen van de categorie patiënten die eventueel voor alternatieve behandeling in aanmerking komt, en kunnen zij informatie van de behandelaar over eventueel gemeenschappelijke patiënten beter begrijpen.

De volgende aspecten, die uitgebreider beschreven zijn in het beroepsprofiel, kunnen aan de orde komen:

- omschrijving van de genees-/behandelwijze;
- therapievormen en gebruik van middelen/materialen;
- werkwijze (probleemanalyse, behandelplan, behandelingsmethode, evaluatie);
- indicaties voor en begrenzing van de behandeling;
- enzovoorts.

Veel patiënten maken zowel van de reguliere als van de alternatieve zorg gebruik, vaak voor dezelfde klacht en in dezelfde periode. Indien alternatieve en reguliere beroepsbeoefenaren daarbij tot onderlinge gegevensuitwisseling of afstemming willen komen, kan een beroepsgroep regels voor een dergelijke samenwerking opstellen.

Bijvoorbeeld regels over verwijzen en terugverwijzen van patiënten, over de rol van de verwijzer gedurende de behandeling en over de uitwisseling van informatie. Ook kan

de organisatie beschrijven hoe wordt omgegaan met situaties waarin geen samenwerking mogelijk is of situaties waarin reguliere beroepsbeoefenaren geen informatie over de patiënt verstrekken.

Nadat de regels zijn opgesteld kan ervoor worden gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze kennen en in acht nemen.

De volgende aspecten kunnen bijvoorbeeld worden beschreven:

- het werkterrein van de reguliere en van de alternatieve behandelaar;
- inhoud van de samenwerking (uitwisseling van informatie, terugrapportage);
- het terug- of doorverwijzen van patiënten;
- informatie aan en toestemming van de patiënt.

Stand van zaken ten aanzien van de relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren

In de enquête is niet gevraagd in hoeverre huisartsen en andere reguliere zorgverleners bereid zijn tot samenwerking met de alternatieve beroepsbeoefenaren. Wel is gevraagd in hoeverre de alternatieve beroepsorganisaties mondelinge afspraken of schriftelijke regels hebben ten aanzien van hun relatie met reguliere beroepsbeoefenaren. Tabel 3.8 geeft de resultaten.

Tabel 3.8 Organisaties met regels ten aanzien van de relatie met reguliere beroepsbeoefenaren (N=81)

	mondeling		schriftelijk	
	aantal	%	aantal	%
Informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de toegepaste genees- of behandelwijze	12	15%	45	55%
Informatie over begrenzing van aandoeningen of klachten die behandeld worden	16	20%	26	32%
Regels voor de samenwerking met huisartsen en andere reguliere beroepsbeoefenaren	23	28%	18	22%
Regels voor informatie-uitwisseling over de behandeling van patiënten	18	22%	21	26%
Regels voor doorverwijzing van patiënten naar huisartsen of de reguliere gezondheidszorg	20	25%	21	26%

Ruim de helft van de organisaties meldt dat men beschikt over schriftelijke informatie over de genees- of behandelwijze die wordt toegepast voor huisartsen of andere reguliere beroepsbeoefenaren. Minder vaak beschikt men over informatie over begrenzing van de aandoeningen of klachten die door de beroepsbeoefenaren worden behandeld. Ongeveer een kwart van de organisaties heeft schriftelijke vastgelegde regels over samenwerking, informatie-uitwisseling en doorverwijzingen naar huisartsen en andere reguliere beroepsbeoefenaren. Daarnaast heeft eveneens een kwart van de organisaties mondelinge afspraken over de relatie tot de reguliere gezondheidszorg. Dit betekent dat bij de helft van de organisaties geen mondelinge afspraken of schriftelijke regels bestaan over de relatie tot de reguliere gezondheidszorg.

Conclusies

De normen in het referentiekader vragen aan de organisatie om duidelijk te maken op welke wijze de relatie tot de reguliere zorg geregeld is. De gegevens laten zien dat de helft wel en de helft geen mondelinge afspraken of schriftelijke regels heeft over de

relatie tot de reguliere zorg. Strikt genomen voldoet een beroepsgroep ook aan de in het referentiekader gestelde norm indien men expliciet vastlegt dat men geen relaties met de reguliere gezondheidszorg onderhoudt. Immers, ook in dat geval is het voor patiënten en cliënten duidelijk wat men wel en wat men niet van de beroepsbeoefenaar kan verwachten. In zijn algemeenheid bevestigen de resultaten dat de relatie tussen alternatieve en reguliere beroepsbeoefenaren (vooralsnog) onbevredigend geregeld is.

3.9 Tuchtrect en klachtenopvang

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

Sinds mei 1995 is de klachtenbehandeling geregeld in de Wet Klachtrect Cliënten Zorgsector. Het klachtrect betekent een versterking van de positie van patiënten en cliënten. De wet bevat bepalingen omtrent de klachtenregeling, de klachtencommissie en een correcte afhandeling van klachten. Omdat in deze wet een enge definitie van gezondheidszorg wordt gehanteerd is de wet niet van toepassing op alternatieve genees- en behandelwijzen. Veel alternatieve beroepsgroepen handelen wel in de geest van deze wet en hebben regelingen voor klachtenopvang getroffen. Ook bestaat de mogelijkheid aan te sluiten bij reeds bestaande regionale klachtenbureau's.

Tuchtrect heeft als doel het vertrouwen in de beroepsgroep te waarborgen. Een wettelijk tuchtrect is/wordt van toepassing op acht in de Wet BIG geregelde beroepen: (tand)artsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, psychotherapeuten. De Wet BIG bevat voorschriften omtrent de samenstelling van de tuchtcolleges en de tuchtrectprocedures. Ook zonder een wettelijke verplichting kunnen beroepsverenigingen een verenigingstuchtrect in het leven roepen om het gedrag van een beroepsbeoefenaar te toetsen bij (het vermoeden van) ernstige nalatigheid. Het tuchtrect is bedoeld om nalatige beroepsbeoefenaren tot de orde te roepen, het klachtrect beoogt genoegdoening voor de patiënt.

Normen ten aanzien van klachtenopvang en tuchtrect

De organisatie heeft een klachtenreglement en een klachtencommissie.

De organisatie maakt inzichtelijk op welke wijze zorggedragen wordt voor een adequate klachtenopvang en klachtenbehandeling en op welke wijze de patiënt/cliënt daarvan op de hoogte wordt gesteld.

De organisatie heeft een intern (verenigings)tuchtrect en een tuchtcommissie.

De organisatie maakt inzichtelijk hoe wordt zorggedragen voor een adequate toepassing van het verenigingstuchtrect.

De eerste norm vraagt van een organisatie duidelijk te maken hoe zij door een patiënt/cliënt ingediende klacht behandelt. Het LOPAG hecht daarbij veel belang aan patiëntvriendelijke procedures voor klachtenopvang. De klachtenprocedures worden schriftelijk vastgelegd in een klachtenreglement en uitgevoerd door een klachtencommissie. In de Wet Klachtrect is vastgelegd dat de voorzitter van deze commissie

onafhankelijk is.

De klachtenregistratie kan goed worden benut voor systematische verbetering van de kwaliteit. Op basis van de binnengekomen klachten kunnen structurele verbeteringen in de beroepsuitoefening worden aangebracht. De wijze waarop de organisatie de klachten gebruikt voor het aanbrengen van verbeteringen kan (op termijn) inzichtelijk worden gemaakt. Onder andere de volgende aspecten kunnen worden beschreven:

- procedures omtrent de melding van een klacht (bij wie, op welke wijze, termijn waarop de klacht wordt behandeld, bevestiging, enzovoorts);
- de klachtenprocedure (wat gebeurt er nadat de klacht is ingediend);
- de klachtencommissie (samenstelling en werkwijze);
- mogelijkheden voor beroep;
- verslaglegging;
- informatie voor patiënten omtrent de mogelijkheid tot het indienen van klachten;
- enzovoorts.

De derde norm heeft betrekking op een intern (verenigings)tuchtrecht. Met een dergelijk tuchtrecht heeft de organisatie een instrument in handen om het gedrag van de beroepsbeoefenaren te toetsen aan normen van zorgvuldigheid en vakbekwaamheid, mede aan de hand van de regels die zij zelf heeft gesteld. Zo nodig kan corrigerend worden opgetreden. Het tuchtrecht wordt schriftelijk vastgelegd in een tuchtregeling. Een afzonderlijke tuchtcommissie zorgt voor de uitvoering ervan. De norm stelt dat de organisatie aan derden inzicht verschaft in de wijze waarop de tuchtcommissie functioneert.

In een intern verenigingstuchtrecht kunnen o.a. de volgende aspecten worden geregeld:

- de melding (bij wie, op welke wijze, termijn waarop de klacht wordt behandeld, bevestiging);
- de tuchtcommissie (samenstelling en werkwijze);
- sancties (zoals waarschuwing, berisping, schorsing of ontzetting lidmaatschap);
- beroepsmogelijkheid;
- verslaglegging;
- informatie aan (terugkoppeling naar) de klager;
- enzovoorts

Ook kunnen regels nodig zijn voor waarborging van objectiviteit en bescherming van de leden van klacht- en tuchtcommissies.

Stand van zaken ten aanzien van tuchtrecht en klachtenopvang

Van de organisaties meldt 58% dat zij beschikken over een intern tuchtrecht of een verenigingstuchtrecht. De overige organisaties hebben dat niet of hebben deze vraag niet ingevuld.

Ten aanzien van de klachtenopvang hebben recent drie grote beroepsorganisaties een overeenkomst met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) ondertekend waarin een goede klachtenprocedure voor patiënten wordt gewaarborgd. Sinds 1 november 1996 functioneert de Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (KAB) waar alle patiënten die klachten hebben over de bij de drie beroepsorganisaties aangesloten behandelaars een klacht in kunnen dienen.

Een overzicht van de klachtenopvang bij alle organisaties is in tabel 3.9 weergegeven.

Tabel 3.9 Regelingen met betrekking tot klachtenopvang (N=81)

	aantal	%
Er is een schriftelijk reglement voor klachtbehandeling	53	65%
Er is een reglement voor de klachtencommissie	54	67%
Er is een functionerende klachtencommissie	58	72%
- klachtencommissie bestaat uit leden van de beroepsgroep	25	31%
- in klachtencommissie participeert ook een onafh. partij	28	35%
Er is een registratie van binnengekomen klachten	58	72%

De tabel laat zien dat tweederde van de organisaties zegt te beschikken over regelingen voor de opvang van klachten. Daarnaast melden nog eens 20 organisaties (25%) dat er nog geen klachtencommissie functioneert binnen de vereniging, maar dat men wel van plan is een dergelijke commissie in te stellen. Slechts één organisatie meldt dat men dit niet van plan is. Van de huidige klachtencommissies bestaat de helft uit uitsluitend leden van de beroepsgroep, terwijl in de andere helft van de commissies ook een onafhankelijke partij participeert. Bij 58 (72%) van de organisaties wordt een registratie van binnengekomen klachten bijgehouden. Daarvan meldt tweederde dat de klachtenregistratie systematisch wordt gebruikt om verbeteringen in de beroepsuitoefening aan te brengen.

Conclusies

Het feit dat ruim de helft van de organisaties beschikt over een intern verenigings-tuchtrecht betekent dat zij voldoen aan de in het referentiekader genoemde norm op dit gebied. Bijna tweederde van de organisaties voldoet daarnaast aan de norm met betrekking tot een klachtenreglement en een klachtencommissie. Dit betekent dat deze organisaties hun aandacht kunnen richten op de volgende fase, namelijk aan derden inzichtelijk maken op welke wijze wordt zorggedragen voor een adequate klachtenopvang en op welke wijze wordt zorggedragen voor een adequate toepassing van het tuchtrecht. Zodra ook dergelijke procedures voor patiënten inzichtelijk zijn (en conform de wens van het LOPAG patiëntvriendelijk zijn), voldoet men aan de in het referentiekader gestelde normen.

3.10 Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering

Kwaliteitsnormen in het referentiekader

In de Wet BIG is vastgelegd dat beroepsbeoefenaren verantwoordelijk zijn voor het systematisch beheersen, bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De term 'systematisch' verwijst naar het cyclische karakter van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Deze kwaliteitsbewaking dient toetsbaar te zijn en zich te lenen voor externe beoordeling, zo is afgesproken op de Leidschendamconferenties (zie bijlage 1) en onderschreven door het LOPAG. Ook is afgesproken dat de inbreng van patiënten-/consumenten zeker dient te zijn gesteld.

Hierna wordt eerst ingegaan op de rol die patiënten/consumenten en hun organisaties bij de kwaliteitsbewaking- en verbetering kunnen vervullen (zie bijlage 1 voor het standpunt van de LOPAG hieromtrent). Ten tweede wordt ingegaan op intercollegiale kwaliteitsstoetsing. Ten derde wordt beschreven wat een beroepsorganisatie kan doen om te zorgen dat de leden voldoen aan de eisen die de organisatie zelf aan een

kwalitatief goede beroepsuitoefening heeft gesteld. En tenslotte komt kwaliteitsbewaking door koepelorganisaties aan de orde.

Met nadruk wijzen we erop dat kwaliteitsbewaking en -verbetering nog volop in ontwikkeling is. In de toekomst zullen ongetwijfeld nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking en -verbetering ontstaan.

Normen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering

De organisatie maakt duidelijk op welke wijze patiënten/cliënten(organisaties) betrokken zijn bij kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.

De organisatie maakt duidelijk op welke wijze intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering plaatsvindt.

De organisatie maakt duidelijk op welke wijze zij bewaakt dat beroepsbeoefenaren voldoen aan de binnen de organisatie geldende regels, normen of eisen.

De organisatie maakt duidelijk op welke wijze een koepelorganisatie betrokken is bij de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Patiënten/cliënten en hun organisaties kunnen op diverse manieren betrokken worden bij de kwaliteitszorg van een beroepsgroep. Het gaat er bij deze norm om dat de organisatie inzichtelijk maakt of, en zo ja op welke wijze de betrokkenheid van patiënten/cliënten binnen de beroepsgroep is geregeld. Op de Leidschendamconferenties is afgesproken dat tenminste meningspeiling van patiënten of cliënten onderdeel behoort te zijn van het kwaliteitsbeleid. Op basis van dergelijke meningspeilingen kunnen eventuele tekorten worden opgespoord en kunnen structurele verbeteringen worden aangebracht.

Er bestaan diverse mogelijkheden om patiënten/consumenten(organisaties) bij de zorg te betrekken:

- beroepsorganisatie en patiënten-/consumentenorganisaties hebben overleg over het kwaliteitsbeleid;
- beroepsorganisaties (en beroepsbeoefenaren) onderschrijven de criteria die door patiënten-/consumentenorganisaties zijn opgesteld;
- in gezamenlijk overleg wordt een modelovereenkomst opgesteld;
- beroepsorganisaties en of beroepsbeoefenaren houden systematische meningspeilingen onder patiënten of cliënten;
- patiënten/consumenten(organisaties) participeren in de klachtencommissie;
- patiënten/consumenten participeren in visitatiecommissies;
- door patiënten/consumenten(organisaties) vindt kwaliteitsbeoordeling plaats;
- enzovoorts.

Intercollegiale kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering vindt per definitie plaats tussen collega's onderling. Nagenoeg alle aspecten van de beroepsuitoefening kunnen voor intercollegiale kwaliteitsbewaking in aanmerking komen, bijvoorbeeld de (registratie van) toegepaste behandelingen en de resultaten daarvan, de bejegening van de patiënt, procedures voor het voorkómen van fouten enzovoorts. De laatste jaren zijn diverse methoden voor intercollegiale kwaliteitsbewaking ontwikkeld en er komen nog

steeds nieuwe methoden bij. Een aantal mogelijkheden wordt hierna genoemd. Het gaat er bij deze norm om dat de organisatie inzichtelijk maakt of, en zo ja op welke wijze intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering plaatsvindt.

Mogelijkheden van intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering:

- structureel intercollegiaal overleg (bijv. eens per twee maanden);
- intercollegiale toetsing (collega's beoordelen elkaars werk aan de hand van meetbare normen of criteria);
- participatie in kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (collega's werken systematisch aan verbetering van een onderdeel van de zorgverlening);
- praktijkvergelijking (collega's vergelijken hun praktijkgegevens zoals behandelgegevens, uitkomstgegevens, en dergelijke);
- visitatie (collega's visiteren elkaars praktijken en brengen daarover een beoordeling uit);
- enzovoorts.

Ook op het niveau van de beroepsorganisatie kan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering plaatsvinden, zoals in feite bij alle hiervoor besproken normen aan de orde is gekomen. De organisatie kan bijvoorbeeld controleren of de beroepsbeoefenaren (nog) aan de door haar zelf gestelde eisen voldoen. In het referentiekader wordt aan de organisatie gevraagd aan te geven op welke wijze dergelijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt. Daartoe kan zij gebruik maken van verschillende mogelijkheden of methoden, o.a.:

- sociale controle;
- over een lid binnengekomen klachten;
- visitatie;
- verplichte herregistratie (het periodiek vernieuwen van het lidmaatschap);
- meningspeilingen bij reguliere beroepsbeoefenaren;
- een registratie van fouten en near accidents, om op basis daarvan structurele verbeteringen te kunnen aanbrengen;
- enzovoorts.

Naast de beroepsorganisatie kunnen ook koepelorganisaties een rol spelen bij de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening. Te denken valt aan het aanleggen van beroepsregisters, het regelen van klachtenopvang op centraal niveau, het uitvoeren van visitaties, enzovoorts. (In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op het kwaliteitsbeleid van koepelorganisaties en op de functie die zij (willen) vervullen op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.) Bij de normen in het referentiekader gaat het erom dat deze activiteiten van koepelorganisaties voor derden inzichtelijk worden gemaakt.

Stand van zaken ten aanzien van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering

Het aantal organisaties dat patiënten/consumenten en hun organisaties betreft bij de kwaliteitszorg is in tabel 3.10 weergegeven. In de tabel wordt onderscheid gemaakt tussen incidentele en routinematige meningspeilingen, waarbij routinematig is gedefinieerd als eens per twee jaar.

Tabel 3.10 Betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties) bij kwaliteitsbewaking en -verbetering (N=81)

	aantal	%
Incidenteel meningspeilingen bij patiënten door beroepsbeoefenaren	19	24%
Routinematig meningspeilingen bij patiënten door beroepsbeoefenaren	5	6%
Incidenteel meningspeilingen bij patiënten door de organisatie	4	5%
Routinematig meningspeilingen bij patiënten door de organisatie	1	1%
Schriftelijke overeenkomst met patiënten/consumenten organisaties	4	5%
Beoordeling door patiënten-/consumentenorganisaties	5	6%

Indien alle in tabel 3.10 genoemde mogelijkheden bij elkaar worden opgeteld blijkt dat door in totaal eenderde van de organisaties (niet in de tabel) op enigerlei wijze (incidenteel of routinematig) meningspeilingen worden verricht. Dit betekent dat het bij de meerderheid van de beroepsorganisaties geen gewoonte is om meningspeilingen te doen bij patiënten of cliënten of onderzoek te verrichten naar tevredenheid. Blijkens de enquête lopen de meningen hieromtrent ook uiteen, getuige de plannen van de organisaties: 27 (33%) organisaties melden dat geen tevredenheidsonderzoek wordt gedaan en dat men dat ook niet van plan is, terwijl 17 organisaties melden dat men wel van plan is om tevredenheidsonderzoek te gaan doen.

De tabel laat verder zien dat bij enkele organisaties een schriftelijke overeenkomst met patiënten-/consumentenorganisaties bestaat; bij de meerderheid van de organisaties is dit niet het geval. Behalve de in de tabel genoemde mogelijkheden merken enkele organisaties nog op dat er mondelinge afspraken met patiënten-/consumentenorganisaties bestaan of dat de betrokkenheid van patiënten-/consumentenorganisaties via de koepelorganisatie geregeld is.

Er zijn gradaties in kwaliteitsbewaking door collega-beroepsbeoefenaren. Volgens 36 organisaties hanteert men een structurele vorm van intercollegiaal overleg (structurele overlegvormen zijn gedefinieerd als eens per twee maanden). Volgens een schatting van deze organisaties participeert gemiddeld ongeveer de helft van de leden in dergelijk overleg. De verschillen tussen de organisaties zijn groot: twee organisaties schatten dat 5% van de leden in intercollegiaal overleg participeert terwijl vijf organisaties schatten dat dat 100% van de leden is. Structurele supervisie wordt door 24 organisaties gehanteerd.

Een minderheid van de organisaties - in totaal 12 - kennen een systeem van intercollegiale toetsing. Tenslotte meldt eenderde van de organisaties (35%) dat kwaliteitsbewaking plaatsvindt via sociale controle binnen de beroepsgroep.

Op het niveau van de beroepsorganisatie beschikken 29 organisaties (36%) over een beleidsplan waarin de doelstellingen en plannen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -verbetering zijn omschreven. Veel meer organisaties (57%) zijn van plan dergelijke beleidsplannen te gaan ontwikkelen, zo hebben zij in de enquête aangekondigd. Via mondelinge contacten en via berichten in het tijdschrift proberen de organisaties de leden bij hun kwaliteitsbeleid te betrekken.

Een aantal beroepsorganisaties houdt zich ook bezig met het bewaken van de kwaliteit van de bij haar aangesloten leden (zie tabel 3.11).

Tabel 3.11 Aantal organisaties dat de kwaliteit van haar leden bewaakt (N=81)

	aantal	%
Kwaliteitsbewaking naar aanleiding van klachten	55	68%
Kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie	24	30%
Kwaliteitsbewaking via visitatie door de organisatie	15	19%
Overige vormen van kwaliteitsbewaking	23	28%

De tabel laat zien dat tweederde van de organisaties de kwaliteit van haar leden bewaakt door acties te ondernemen naar aanleiding van klachten over een beroeps-beoefenaar. Bijna eenderde van de organisaties meldt dat kwaliteitsbewaking plaatsvindt via een systeem van herregistratie (het lidmaatschap van de organisaties moet periodiek worden vernieuwd). Tenslotte melden 15 organisaties dat vormen van visitatie worden gehanteerd om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. Als overige vormen van kwaliteitsbewaking wordt met name verwezen naar de diploma's die vereist zijn voor het lidmaatschap en de eisen voor opnemng in een beroepsregister. Een enkele organisatie meldt dat men intercollegiale uitwisseling en toetsing stimuleert.

Bijna een kwart (24%) van de organisaties zegt dat zij zich op dit moment nog niet bezighoudt met kwaliteitsbewaking van haar leden maar dat er wel plannen bestaan om dit in de toekomst te gaan doen. In de enquête is niet gevraagd naar kwaliteitsbewaking door koepelorganisaties. In interviews met de koepelorganisaties is wel gevraagd welke plannen men op dit gebied heeft. De resultaten van deze interviews worden beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Conclusies

De normen in het referentiekader vragen aan beroepsorganisaties duidelijk te maken op welke wijze patiënten/consumenten en hun organisaties bij hun beroepsvereniging zijn betrokken. De resultaten laten zien dat er (nog) weinig duidelijk te maken valt omdat de meerderheid van de organisaties geen meningspeilingen verricht of op andere wijze de inbreng van patiënten-/consumentenorganisaties zeker heeft gesteld.

Er vinden wel vormen van kwaliteitsbewaking door de organisatie zelf plaats en in mindere mate via intercollegiaal overleg of intercollegiale toetsing. Naar verwachting zullen de organisaties de komende jaren vooruitgang boeken op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering, omdat zij daarbij ondersteund zullen worden door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), dat hiertoe een subsidie van het Ministerie van VWS heeft ontvangen.

3.11 Totaaloverzicht van de stand van zaken

In de vorige paragrafen is de stand van zaken met betrekking tot de afzonderlijke rubrieken gepresenteerd. In deze paragraaf wordt op een globaler niveau het totaalbeeld geschetst. De centrale vraag daarbij is: in welke mate voldoen de beroepsorganisaties aan alle (bij elkaar opgetelde) normen uit het referentiekader?

Om deze vraag te beantwoorden is een indeling gemaakt in 7 niveaus, waarbij 1 staat voor het laagste en 7 voor het hoogste niveau. Vervolgens zijn de organisaties toebedeeld aan één van deze 7 niveaus, afhankelijk van het aantal zaken dat men op het gebied van de beroepsuitoefening geregeld heeft. We beseffen dat deze indeling

arbitrair is; de indeling is uitsluitend bedoeld om enig overzicht te creëren. Alvorens de resultaten te presenteren wordt eerst de indeling van de niveaus gepresenteerd en verantwoord.

Methode gevolgd bij de indeling in zeven niveaus

De indeling in niveaus is gebaseerd op de hoofdrubrieken in het referentiekader.

Ten behoeve van de indeling gaan we ervan uit dat een hoofdrubriek voldoende geregeld is indien een organisatie voldoet aan méér dan de helft van de normen in die rubriek. Schema 3.2 geeft het aantal normen per rubriek en laat zien aan hoeveel normen men moet voldoen om een voldoende te scoren. Hoe de normen uit de enquêtevragen zijn samengesteld is gedetailleerd weergegeven in bijlage 7 van dit rapport.

Schema 3.2 Aantal normen per rubriek en aantal normen benodigd voor een 'voldoende'

Rubriek	totaal aantal normen	aantal normen minimaal voor 'voldoende'
Opleiding, bij- en nascholing	4	3 of meer
Beroepsregister en herkenbaarheid	2	2
Toepassing van de genees-/behandelwijze	6	4 of meer
Organisatie van de beroepsuitoefening	5	3 of meer
Attitude en gedrag	4	3 of meer
Relatie tot de reguliere zorg	5	3 of meer
Tuchtrecht en klachtenopvang	2	2
Totaal	28	20 of meer

Indien een organisatie voldoet aan drie (of vier) normen ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing wordt één punt toegekend. Het criterium, méér dan de helft, geldt ook voor de andere rubrieken, zodat maximaal zeven punten kunnen worden gehaald.

Op die wijze ontstaat een indeling in zeven niveaus. Het eerste niveau betekent dat slechts één rubriek voldoende is gescoord; het zevende niveau betekent dat aan alle zeven rubrieken wordt voldaan.

Toelichting

De indeling in niveaus is dus onafhankelijk van de volgorde waarin beroepsorganisaties hun kwaliteitsbeleid ontwikkelen. De indeling is uitsluitend gebaseerd op het totaal aantal 'voldoende' rubrieken.

Een 'voldoende' is gebaseerd op méér dan de helft van de normen, en dus niet op alle normen. Dit criterium houdt rekening met het feit dat niet alle normen op elke beroepsorganisatie van toepassing zijn (bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen).

De indeling in niveaus gaat uit van zeven rubrieken. De achtste rubriek - kwaliteitsbewaking en -verbetering - is buiten beschouwing gelaten, evenals de normen aangaande de naleving en bewaking van de diverse regels en normen. Deze zaken waren nog onvoldoende in de huidige enquête opgenomen, zodat hieromtrent nog geen uitspraken kunnen worden gedaan. De vervolgenquête in 1998 zal worden aangepast.

De huidige indeling in niveaus heeft dus uitsluitend betrekking op de mate waarin de beroepsorganisaties de beroepsuitoefening hebben gereguleerd.

Beroepsorganisaties ingedeeld in zeven niveaus

Allereerst geeft tabel 3.12 weer hoeveel organisaties voldoen aan de meerderheid van de normen per rubriek.

Tabel 3.12 Aantal organisaties dat voldoet aan meer dan de helft van de normen per rubriek (in volgorde van frequentie; N=81)

Rubriek	aantal organisaties	%
Opleiding, bij- en nascholing	68	84%
Beroepsregister en herkenbaarheid	51	63%
Attitude en gedrag	44	54%
Tuchtrecht en klachtenopvang	42	52%
Toepassing van de genees-/behandelwijze	32	40%
Organisatie van de beroepsuitoefening	27	34%
Relatie tot de reguliere zorg	22	27%

De tabel spreekt voor zich. Opleiding, bij- en nascholing zijn het meest frequent gereguleerd, gevolgd door beroepsregister en de herkenbaarheid van therapeuten. Vervolgens zijn bij de helft van de organisaties regels voor de attitude opgesteld en is het tuchtrecht en de klachtenopvang geregeld. De overige drie rubrieken zijn bij minder organisaties gereguleerd (richtlijnen voor toepassing van de genees- of behandelwijze, de organisatie van de zorgverlening en, de relatie tot de reguliere zorg).

Tabel 3.13 geeft de indeling in de zeven niveaus. De tabel toont hoeveel organisaties zijn toebedeeld aan het eerste tot en met het zevende niveau.

Tabel 3.13 Aantal beroepsorganisaties ingedeeld in zeven niveaus (N=81)

Niveaus	aantal	%
1. Eén rubriek voldoende geregeld	14	17%
2. Twee rubrieken voldoende geregeld	13	16%
3. Drie rubrieken voldoende geregeld	15	18%
4. Vier rubrieken voldoende geregeld	12	15%
5. Vijf rubrieken voldoende geregeld	12	15%
6. Zes rubrieken voldoende geregeld	8	10%
7. Zeven rubrieken voldoende geregeld	7	9%
Totaal	81	100%

De tabel laat zien dat bij eenderde van de organisaties één of twee rubrieken voldoende zijn gereguleerd. In de meeste gevallen betreft dat de opleiding en het beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten. Eveneens eenderde heeft drie of vier rubrieken voldoende geregeld. Deze organisaties blijken de hiervoor genoemde zaken te hebben aangevuld met regels voor attitude, tuchtrecht en klachtenopvang. Bij de organisaties op het vijfde en zesde niveau is geen duidelijk patroon te herkennen in de aanvullende rubrieken die zijn geregeld. Tenslotte zijn er zeven organisaties die op alle gebieden voldoen aan de meerderheid van de normen.

De tabel illustreert dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is. Het volgende hoofdstuk is erop gericht te onderzoeken aan welke

factoren deze verschillen gerelateerd zijn.

3.12 Samenvatting van de conclusies

In dit hoofdstuk is de stand van zaken op het gebied van kwaliteitszorg beschreven bij 81 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen. Deze stand van zaken is gerelateerd aan de normen die zijn beschreven in het referentiekader voor het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Deze normen behelzen dat organisaties ten eerste zichtbaar maken welke regels en normen in de beroepsgroep worden gehanteerd en ten tweede - op termijn - zichtbaar maken op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren deze regels in acht nemen.

In deze laatste paragraaf vatten we de conclusies in grote lijnen samen. In hoofdstuk 5 volgt een nadere beschouwing van de gevonden resultaten. Om niet in herhaling te vallen beperken we ons tot twee hoofdpunten: de normen in het referentiekader en de globale stand van zaken.

De normen in het referentiekader

Het in dit hoofdstuk beschreven referentiekader bevat normen voor de beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Om het draagvlak te peilen is een concept referentiekader in januari 1997 voor commentaar aan alle beroepsorganisaties toegezonden. De helft van hen heeft gerepsondeerd. Hun commentaar en aanvullingen zijn in het huidige referentiekader verwerkt.

Uit de reacties ontstaat de indruk dat de meerderheid van de beroepsorganisaties zich in het referentiekader kan vinden. In absolute zin kan geen uitspraak over het draagvlak worden gedaan omdat de helft van de organisaties geen mening over het referentiekader heeft gegeven.

De normen in het referentiekader hebben betrekking op de regels die in de organisatie gelden bij de uitoefening van het beroep. De normen zijn noodzakelijkerwijze van een abstract karakter omdat zij in principe bedoeld zijn voor alle beroepsorganisaties in het alternatieve veld, ongeacht de genees- of behandelwijze die wordt toegepast. Dit betekent dat op basis van de normen geen uitspraken over de kwaliteit van zorg kunnen worden gedaan omdat de effectiviteit van de genees- of behandelwijze buiten beschouwing blijft. Op basis van de normen kan wel een uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de beroepsuitoefening c.q. de professionele wijze van beroepsuitoefening.

Deze aanpak heeft voor- en nadelen. Het voordeel is dat belanghebbende partijen - patiënten-/consumentenorganisaties, koepelorganisaties en verzekeraars - zelf invulling kunnen geven aan normen ten aanzien van inhoud en effectiviteit van de genees- en behandelwijze. Het nadeel is dat het referentiekader niet kan worden gebruikt als absolute graadmeter voor de kwaliteit van zorg.

Globale stand van zaken

Uit de resultaten blijkt dat er een grote diversiteit bestaat in de mate waarin beroepsorganisaties - naar eigen zeggen - op dit moment voldoen aan de normen in het referentiekader. Een aantal organisaties voldoet aan nagenoeg alle normen terwijl er ook organisaties zijn die aan het begin staan van de kwaliteitsontwikkelingen en op dit moment aan slechts enkele normen voldoen. In 1998 wordt de stand van zaken

opnieuw in kaart gebracht om de (verwachte) voortgang in kaart te brengen. Hierna gaan we nader op de bevindingen in.

Bij de ruime meerderheid van de beroepsorganisaties bestaat een (beroeps)opleiding in de genees- of behandelwijze die wordt toegepast. Als voorwaarde voor het lidmaatschap stelt de meerderheid van de organisaties zowel eisen aan deze beroepsopleiding als aan de reguliere opleiding van de leden. Deze reguliere opleiding bestaat bij ongeveer de helft van de organisaties uit een HBO of universitaire opleiding, bij de overigen is dat van een lager niveau.

De zwaarte van de beroepsopleidingen in de alternatieve genees- of behandelwijzen is niet altijd inzichtelijk omdat deze opleidingen niet wettelijk zijn geregeld. Voornamelijk bestaat ook geen eenduidige indeling of erkenningensysteem voor deze opleidingen. Dit betekent dat het niveau van de beroepsopleidingen voor derden minder inzichtelijk is.

Driekwart van de beroepsorganisaties meldt dat beroepsbeoefenaren voor patiënten herkenbaar zijn via een deurschild en/of via het beroepsregister. Bij organisaties met een openbaar beroepsregister zouden patiënten/consumenten dus in principe kunnen nagaan welke beroepsbeoefenaren zijn geregistreerd c.q. gekwalificeerd. Bij de meerderheid van de organisaties is het beroepsregister echter nog niet openbaar zodat patiënten zich alleen kunnen baseren op het deurschild (of op informatiefolders). In hoeverre dit voldoende houvast biedt voor patiënten is op dit moment onduidelijk omdat beroepstitels van alternatieve beroepsbeoefenaren niet wettelijk zijn beschermd en de titelvoering ook niet op andere wijze is geregeld.

De meerderheid van de organisaties heeft de kenmerken van de genees- of behandelwijze en de deskundigheden die daarvoor zijn vereist schriftelijk vastgelegd. Daarnaast beschikt tweederde van de organisaties over een gedragscode of gedragsregels. Veel minder organisaties hebben regels ten aanzien van de diagnosestelling, de indicaties voor de behandeling en het voorschrijven van medicijnen.

In dit onderzoek is de inhoud van de regels niet bestudeerd. Dit betekent dat de gegevens op dit moment geen uitspraken toelaten over de mate waarin beroepsprofielen, gedragscodes of privacyreglementen voldoen aan de eisen die daaraan door bijvoorbeeld het LOPAG of door koepelorganisaties worden gesteld. In de tweede fase van dit onderzoek zal de inhoud van deze documenten wel nader worden bestudeerd.

Ruim de helft van de organisaties beschikt over een intern verenigingsrecht. Veel reguliere beroepsbeoefenaren die alternatieve genees- of behandelwijzen toepassen, vallen mede onder het wettelijk tuchtrecht. Bijna tweederde van de organisaties voldoet daarnaast aan de norm met betrekking tot een klachtenreglement en een klachtencommissie.

Zodra de klachtenopvang voor patiënten inzichtelijk is (en conform de wens van het LOPAG patiëntvriendelijk), voldoet men aan de in het referentiekader gestelde normen.

Van alle onderdelen in het referentiekader is de relatie tot de reguliere zorg het minst geregeld. De meerderheid heeft geen schriftelijke regels of afspraken over de relatie tot de reguliere zorg. Strikt genomen voldoet men ook aan de in het referentiekader gestelde norm indien men expliciet vastlegt dat men geen relaties met de reguliere gezondheidszorg onderhoudt. Immers, als patiënten daarvan op de hoogte zijn dan is het voor hen in principe duidelijk wat men wel en wat men niet van de beroepsbeoefe-

naar kan verwachten.

Kwaliteitsbewaking binnen de beroepsgroep vindt op dit moment vooral plaats via de eisen die worden gesteld ten aanzien van het lidmaatschap van de vereniging en eisen ten aanzien van het beroepsregister. Ook meldt tweederde van de organisaties dat kwaliteitsbewaking plaatsvindt op basis van de klachtenregistratie. Er is weinig sprake van intercollegiale toetsing, visitatie of systemen van herregistratie.

Tot slot blijkt dat patiënten/consumenten en hun organisaties nauwelijks bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties zijn betrokken. De meerderheid van de organisaties verricht geen meningspeilingen onder patiënten of cliënten terwijl de inbreng van patiënten-/consumentenorganisaties ook niet op andere wijze zeker is gesteld. Ook in de reguliere zorg vertoont de participatie van patiënten/consumenten een relatieve achterstand, zoals recent onderzoek heeft laten zien (Wagner et. al, 1995).

4 VERSCHILLEN TUSSEN ORGANISATIES

In het voorgaande hoofdstuk is het kwaliteitsbeleid beschreven van alle geënquêteerde organisaties gezamenlijk. Die opzet geeft een totaal beeld van de huidige stand van zaken, maar doet onrecht aan de veelzijdigheid van het alternatieve veld. Daarin zijn immers meer dan honderd beroepsorganisaties actief, die in een aantal opzichten zeer van elkaar verschillen.

Het valt te verwachten dat een drietal kenmerken van beroepsorganisaties van invloed is op de vorderingen van de organisatie in het tot stand brengen van een kwaliteitsbeleid: de vraag of zij al dan niet bij een koepelorganisatie zijn aangesloten, de grootte van de organisatie en de achtergrond van de aangesloten leden.

In de afgelopen jaren is een aantal malen geprobeerd door het vormen van koepelorganisaties enige ordening in het veld aan te brengen. Momenteel zijn drie koepelorganisaties actief: de Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG), de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) en Het Verbond van Beroepsorganisaties Paranormale Geneeswijzen. (Wij laten de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG) buiten beschouwing omdat deze zich niet opstelt als een koepelorganisatie, maar als een beleidsoverleg voor organisaties, instellingen en groeperingen op het gebied van de antroposofie). Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid zijn daarnaast de activiteiten van belang van de Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen (RING). Verwacht mag worden dat het lidmaatschap van een koepelorganisatie of een andere externe organisatie het opstellen van een kwaliteitsbeleid eenvoudiger maakt. De aangesloten organisaties hoeven immers niet meer zelf het wiel uit te vinden, maar kunnen gebruik maken van hetgeen door de koepel werd ontwikkeld.

Ten tweede is het niet ondenkbaar dat grote organisaties meer activiteiten zullen ondernemen dan kleine. Niet alleen zijn er meer leden om daarop aan te dringen, ook kan het werk over meer mensen worden verdeeld.

Omdat het kwaliteitsbeleid in het reguliere veld de afgelopen jaren langzaam is ingeburgerd en voor een deel wettelijk vastgelegd, kunnen we - ten slotte - vermoeden dat beroepsorganisaties voor regulier opgeleiden (dat wil zeggen therapeuten en artsen met een HBO- of universitair diploma) verder zullen zijn dan beroepsorganisaties waar (ook) andere therapeuten lid van kunnen zijn.

Voor een beschrijving van de onderlinge verschillen tussen beroepsorganisaties wordt in dit hoofdstuk dan ook een onderscheid gemaakt tussen:

- organisaties die zijn aangesloten bij een koepel en andere organisaties;
- grote organisaties en kleine organisaties;
- organisaties voor regulier opgeleiden en andere organisaties.

4.1 Grootte van de organisatie

Zoals blijkt uit de cijfers in hoofdstuk 2, verschillen de beroepsorganisaties in de alternatieve zorg sterk in grootte. Van de 81 responderende beroepsorganisaties

hebben er 33 (41%) vijftig werkende leden of minder en 38 organisaties (47%) meer dan 50 werkende leden; van 10 organisaties (12%) is het aantal werkende leden onbekend. (Drie organisaties met twee of minder leden blijven buiten beschouwing).

Tabel 4.1 geeft weer hoever kleine, respectievelijk grote organisaties zijn gevorderd bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Daartoe zijn de verschillende organisaties ondergebracht in zeven niveaus. Die niveaus laten zien in hoeveel rubrieken de organisaties voldoen aan de meerderheid van de normen in die rubriek. Zoals in hoofdstuk 3 is uiteengezet, gaat het hier om de mate waarin de verschillende aspecten zijn gereguleerd. De vraag of de organisaties de zo voorgestane kwaliteit vervolgens ook bewaken (een wezenlijk element van het geschetste referentiekader) kan met de verzamelde gegevens niet worden beantwoord.

Tabel 4.1 Het kwaliteitsbeleid van kleine (vijftig of minder werkende leden) en grote (meer dan vijftig werkende leden) organisaties

Niveaus	Aantal organisaties (in procenten)		
	Groot (n=38)	Klein (n=33)	Totaal (n=81)
Eén rubriek voldoende geregeld	13%	18%	17%
Twee rubrieken voldoende geregeld	18%	15%	16%
Drie rubrieken voldoende geregeld	16%	21%	18%
Vier rubrieken voldoende geregeld	18%	12%	15%
Vijf rubrieken voldoende geregeld	11%	21%	15%
Zes rubrieken voldoende geregeld	8%	12%	10%
Zeven rubrieken voldoende geregeld	16%	-	9%

De cijfers laten een gevarieerd beeld zien. Zowel van de grote als van de kleine organisaties heeft ongeveer eenderde één of twee rubrieken voldoende geregeld. Eveneens eenderde heeft drie of vier rubrieken geregeld. Tot zover is van onderlinge verschillen dus geen sprake. Van de grote organisaties heeft echter 16 procent alle zeven gebieden voldoende geregeld; van de kleine organisaties (nog) niet één.

4.2 Rol van de koepelorganisaties

Zoals reeds aangegeven hebben de pogingen van de afgelopen jaren om enige orde in het veld aan te brengen, geresulteerd in het bestaan van drie koepels van beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Alvorens na te gaan of het lidmaatschap van een koepelorganisatie van invloed is op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid worden de koepelorganisaties hieronder in het kort besproken. De informatie over het door de koepel zelf gevoerde kwaliteitsbeleid is afkomstig uit open interviews met vertegenwoordigers van de koepelorganisaties. In deze gesprekken is ingegaan op het functioneren van de organisatie en het tot stand komen, de inhoud en de toekomstige ontwikkeling van het eigen kwaliteitsbeleid, aan de hand van de volgende thema's: opleiding, bij- en nascholing, registratie, berichtgeving aan de huisarts, intercollegiale toetsing, visitatie, regels voor de opvang van klachten en tuchtrecht.

4.2.1 De koepelorganisaties

De *Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG)*, opgericht in 1981, vertegenwoordigt ongeveer 1100 artsen en tandartsen, die zijn georganiseerd in de zeven aangesloten beroepsorganisaties, namelijk van natuurartsen, acupuncturisten, antroposofische artsen, ortho-manueel geneeskundigen, manueel geneeskundigen, neuraaltherapeuten en homeopaten. Alle aangesloten artsen staan ingeschreven in het register van de AAG. Voorwaarde voor inschrijving is dat zij - naast de reguliere artsenopleiding - een opleiding in minstens één van de alternatieve geneeswijzen hebben gevolgd en meedoen aan bij- en nascholing. Iedere organisatie heeft een verenigingstuchtrecht, naast het bestaande medisch tuchtrecht.

In principe wordt het beleid bepaald door de aangesloten organisaties. Om zich bij de AAG te kunnen aansluiten moeten zij wel voldoen aan bepaalde minimumeisen wat betreft de opleiding, nascholing en registratie van de aangesloten artsen. Zo moet de opleiding minimaal drie jaar duren en zowel een theoretisch als praktisch deel bevatten; bij- en nascholing moet zowel 'alternatief' als 'regulier' worden gevolgd, omdat de artsen in principe een algemene praktijk moeten kunnen uitoefenen.

De eisen voor opname in het beroepsregister worden door de afzonderlijke beroepsorganisaties geformuleerd. Het is ook aan hen om na te gaan of de aangesloten artsen (nog) aan die eisen voldoen. De AAG zelf heeft dus geen 'harde' controle-instrumenten. Er wordt echter gestreefd naar één enkel register, met eenduidige registratie-eisen en regelmatige controle. Ook wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een overkoepelend tuchtrecht voor alle aangesloten organisaties.

De *Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG)* is in 1993 opgericht als een bundeling van de Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers (NOVAG) en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (NMNG). Op het moment van de fusie waren 20 organisaties (met ongeveer 2000 leden) aangesloten. Momenteel zijn 19 organisaties bij de ANG aangesloten, met meer dan 1500 leden (allen niet-arts), verdeeld over een aantal sectoren: natuurgeneeskundigen, homeopaten, psycho-sociaal en geestelijk begeleiders, acupuncturisten en paranormale genezers.

In de jaren 1994 tot 1996 heeft de ANG in een door het ministerie van VWS gesubsidieerd project vorm gegeven aan een kwaliteitsbeleid voor de aangesloten organisaties, bedoeld om te komen tot uniforme registratiecriteria voor alle aangesloten beroepsbeoefenaren. Het project heeft geresulteerd in vijf beroepsprofielen, opleidings-eisen voor een basisjaar op HBO-niveau, richtlijnen voor de praktijkvoering (waaronder richtlijnen voor samenwerking met de reguliere zorg), regels voor de opvang van klachten, tuchtrecht en een overgangsregeling voor de registratie van zittende leden.

Ook wordt gewerkt aan het totstandkomen van een onafhankelijk registratie-instituut, dat zal zorgen voor de opname van beroepsbeoefenaren in een openbaar register, gekoppeld aan een systeem van herregistratie. Gestreefd wordt naar een HBO-opleiding voor alle aangesloten beroepsbeoefenaren. Voor de zittende leden wordt in overleg met de lidverenigingen een bij- en nascholingsprogramma vastgesteld. Nieuwe (potentiële) lidverenigingen worden op nauwkeurig omschreven criteria getoetst.

Bij het *Verbond van Beroepsorganisaties Paranormale Geneeswijzen*, kortweg Het Verbond, zijn vijf beroepsorganisaties voor paranormale genezers aangesloten, die samen ongeveer 400 genezers vertegenwoordigen. Bij toetreding moeten de lidorganisaties voldoende garanties verschaffen dat hun leden bij aanname beoordeeld zijn op de aanwezigheid van voldoende paranormale vermogens. In de erecode van Het

Verbond worden aan de genezers eisen gesteld wat betreft de relatie tot de reguliere zorg, de behandeling van patiënten, afspraken en spreekuren, het patiëntendossier en het honorarium.

De lidorganisaties van het Verbond zijn verplicht een ledenbestand bij te houden. Om voor registratie in aanmerking te komen, doorloopt de beroepsbeoefenaar een ongeveer vijfjarig traject waarin men 'opklimt' van leerling-aspirant, via aspirant en kandidaat tot lid genezer. Van hen wordt verwacht dat zij een opleiding volgen op MBO-niveau. Bij- en nascholing (drie tot vier keer per jaar) zijn verplicht. Elke aangesloten vereniging heeft een klachtenraad voor de opvang van klachten. Tegen een uitspraak van de raad kan in beroep worden gegaan bij de (gezamenlijk georganiseerde) Raad van Beroep en de Raad van Tucht.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de drie koepelorganisaties (dan wel de aangesloten beroepsorganisaties) beschikken over een eigen klachtenreglement en tuchtrecht en een vorm van beroepsregistratie. Ook stellen zij eisen aan de opleiding - zij het dat het niveau daarvan varieert van MBO (bij het Verbond) tot universitair (bij de AAG) - en aan de na- en bijscholing van de beroepsbeoefenaren. Bovendien stellen de ANG en het Verbond expliciet eisen aan de samenwerking met de reguliere zorg. Intercollegiale toetsing en visitatie staan in het beleid van de koepelorganisaties nog in de kinderschoenen.

De *Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen (RING)* verzorgt sinds de oprichting in 1989 de registratie van de aangesloten therapeuten. De stichting kent onder meer een licentiebeleid (het verstrekken van een licentie en muurschild) en heeft een landelijk tuchtrecht ontwikkeld waarvan beroepsorganisaties in het alternatieve veld gebruik kunnen maken. In de komende jaren wil de RING zich verder ontwikkelen tot een koepelorganisatie in het alternatieve veld.

4.2.2 Invloed op het kwaliteitsbeleid

Van de 81 geënquêteerde beroepsorganisaties zijn er 45 (56%) wel en 36 (44%) niet bij een van deze vier koepelorganisaties of een andere externe organisatie aangesloten (zie ook par. 2.2). Van de grote organisaties is 66% bij een koepel aangesloten, van de kleine slechts 42%; omgekeerd heeft 56% van de bij een koepel aangesloten organisaties meer dan vijftig leden; 31% heeft vijftig leden of minder. Er bestaat dus een zekere samenhang tussen het lidmaatschap van een koepel en de grootte van de beroepsorganisatie.

Tabel 4.2 geeft weer hoever organisaties die wèl, respectievelijk niet zijn aangesloten bij een koepelorganisatie of externe organisatie, zijn gevorderd met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Opnieuw zijn de organisaties daartoe ondergebracht in zeven niveaus.

De verschillen zijn vrij groot en in de verwachte richting. Van de organisaties die niet bij een koepel zijn aangesloten heeft 39 procent slechts één of twee rubrieken voldoende gereguleerd; van de organisaties die wèl bij een koepel zijn aangesloten, zijn dat er minder: 29 procent. Daarentegen heeft 42 procent van deze laatste organisaties vijf of meer rubrieken voldoende gereguleerd (13 procent zelfs alle zeven); van de organisaties die niet bij een koepel zijn aangesloten heeft niet meer dan 22 procent zoveel rubrieken gereguleerd (en slechts 3 procent alle 7).

Tabel 4.2 Het kwaliteitsbeleid van organisaties die al dan niet zijn aangesloten bij een koepelorganisatie of externe organisatie

Niveaus	Aantal organisaties (in procenten)		
	Koepel (n=45)	Geen koepel (n=36)	Totaal (n=81)
Eén rubriek voldoende geregeld	13%	22%	17%
Twee rubrieken voldoende geregeld	16%	17%	16%
Drie rubrieken voldoende geregeld	20%	17%	18%
Vier rubrieken voldoende geregeld	9%	22%	15%
Vijf rubrieken voldoende geregeld	18%	11%	15%
Zes rubrieken voldoende geregeld	11%	8%	10%
Zeven rubrieken voldoende geregeld	13%	3%	9%

4.3 Regulier en niet-regulier opgeleiden

Naar schatting bestaat meer dan de helft van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaars uit artsen, fysiotherapeuten of andere regulier opgeleiden (Maassen van den Brink, 1987). Van de organisaties voor artsen zijn er enkele uitsluitend voor artsen toegankelijk (waaronder de zeven organisaties die zijn aangesloten bij de AAG), terwijl enkele andere ook openstaan voor andere universitair opgeleiden (zoals de Nederlandse Vereniging tot Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie) of voor paramedici (zoals de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie). Voor fysiotherapeuten bestaan afzonderlijke organisaties (zoals de Vereniging van Manueel Therapeuten), maar er zijn ook organisaties (zoals de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur) waarvan zowel fysiotherapeuten lid zijn als beroepsbeoefenaren die niet op een regulier HBO-niveau zijn opgeleid.

Van de 81 geënquêteerde organisaties stellen er 38 (47%) één of meer van de volgende eisen om tot de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze te worden toegelaten: minimaal HBO-niveau (20), paramedische opleiding (11), verpleegkundige opleiding (4), artsenopleiding (14) of anderszins universitair geschoold (5). 43 organisaties (53%) stellen geen of lagere opleidingseisen. Zowel van de organisaties die hoge eisen stellen aan de reguliere opleiding als van de organisaties die dat niet doen, heeft 47 procent meer dan vijftig leden. Een duidelijk verband met het lidmaatschap van een koepelorganisatie is evenmin aanwezig: van de organisaties op HBO- of universitair niveau is 61% bij een koepel aangesloten; van de andere organisaties 51%.

Tabel 4.3 geeft weer hoever organisaties die wèl, respectievelijk niet uitsluitend openstaan voor beroepsbeoefenaren met een HBO- of universitaire opleiding, zijn gevorderd bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Opnieuw zijn de organisaties daartoe ondergebracht in zeven niveaus.

De verschillen zijn verwaarloosbaar. In beide groepen heeft eenderde van de organisaties één of twee rubrieken voldoende geregeld, eenderde drie of vier rubrieken en een kwart vijf of zes rubrieken. Het aantal organisaties dat alle rubrieken voldoende heeft geregeld is iets groter onder de organisaties die alleen openstaan voor leden met een HBO- of universitaire opleiding, maar dat verschil is klein.

Tabel 4.3 Het kwaliteitsbeleid van organisaties die alleen openstaan voor leden met een HBO- of universitaire opleiding en andere organisaties

Niveaus	Aantal organisaties (in procenten)		
	HBO/U (n=38)	Niet HBO/U (n=43)	Totaal (n=81)
Eén rubriek voldoende geregeld	16%	19%	17%
Twee rubrieken voldoende geregeld	18%	14%	16%
Drie rubrieken voldoende geregeld	18%	19%	18%
Vier rubrieken voldoende geregeld	13%	16%	15%
Vijf rubrieken voldoende geregeld	13%	16%	15%
Zes rubrieken voldoende geregeld	11%	9%	10%
Zeven rubrieken voldoende geregeld	11%	7%	9%

4.4 Conclusie

In de globale cijfers over het kwaliteitsbeleid - zoals die in het vorige hoofdstuk werden gepresenteerd - is de grote verscheidenheid binnen het alternatieve veld voor lief genomen. In dit hoofdstuk is wat nader op die verschillen ingegaan. Daaruit kunnen twee conclusies worden getrokken. Ten eerste: grote organisaties hebben vaker alle te onderscheiden rubrieken voldoende geregeld dan kleine organisaties (maar verder zijn de verschillen klein). En ten tweede: organisaties die zijn aangesloten bij een koepelorganisatie zijn verder in de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid dan organisaties die op eigen houtje te werk gaan.

Dat de grootte van een organisatie van invloed is, is wel begrijpelijk. In grote organisaties kan het werk immers over meer personen worden verdeeld en is een snellere voortgang dus mogelijk. Bovendien kunnen meer individuele leden pressie uitoefenen op het bestuur om ernst te maken met het ontwerpen van een kwaliteitsbeleid. De invloed van de koepels wekt evenmin verbazing. Uit interviews met vertegenwoordigers van de koepels blijkt dat deze het kwaliteitsbeleid van de aangesloten organisaties stimuleren. Voor deze organisaties betekent het lidmaatschap dat een deel van het werk door (het bureau van) de koepel wordt overgenomen; ook kunnen zij op vrij eenvoudige manier gebruik maken van de resultaten van elkaars inspanningen.

Opvallend genoeg is het niveau van de opleiding van de beroepsbeoefenaren nauwelijks van invloed: organisaties die een HBO- of universitaire opleiding als eis stellen zijn niet verder dan de andere organisaties. Kennelijk wordt het besef van het belang van een goed kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld breed gedragen.

5 BESCHOUWING EN CONCLUSIES

Dit laatste hoofdstuk bevat de belangrijkste resultaten van het onderzoek en enkele aanbevelingen voor de toekomst. Achtereenvolgens gaan we in op de volgende onderwerpen: het doel van het onderzoek, het ontwikkelde referentiekader en de stand van zaken waarbij gekeken wordt naar aspecten die al wel en die nog niet geregeld zijn bij de meerderheid van de beroepsorganisaties.

Doel van het onderzoek

Het totale onderzoek naar het kwaliteitsbeleid bij beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen bestaat uit drie fasen. Met dit rapport is de eerste fase van het onderzoek afgerond. Het doel van deze eerste fase was een referentiekader te ontwikkelen voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld en ten tweede de stand van zaken in kaart te brengen. In de tweede fase van het onderzoek (in 1997) zal de implementatie centraal staan. Dan wordt gekeken hoe de organisaties te werk gaan bij de implementatie van hun kwaliteitsbeleid en welke problemen zich daarbij voordoen. In de derde fase (in 1998) wordt de stand van zaken opnieuw in kaart gebracht om te onderzoeken welke voortgang de organisaties op het gebied van kwaliteit hebben geboekt. Parallel aan dit onderzoek zal het CBO aan de beroepsgroepen ondersteuning bieden bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Daarnaast zal het NIGZ een rol spelen bij de informatievoorziening in het alternatieve veld. Alle hier genoemde projecten worden gefinancierd door het Ministerie van VWS. Het is te verwachten dat de kwaliteitsbewaking en -verbetering in het alternatieve veld daarmee een krachtige impuls krijgt. In 1998 zal blijken welke voortgang is geboekt.

Het referentiekader

Bij de totstandkoming van het referentiekader is de volgende werkwijze gevolgd. Allereerst is een concept referentiekader ontwikkeld door een panel van deskundigen uit het alternatieve veld en vertegenwoordigers van onder meer patiënten-/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars. Dit concept is voor commentaar voorgelegd aan alle 108 beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Van 54 organisaties is commentaar ontvangen. De door hen gewenste aanvullingen zijn in het referentiekader verwerkt. In zijn algemeenheid waren de reacties positief. Wel benadrukten sommige respondenten dat het referentiekader vooral als ontwikkelingsmodel gebruikt dient te worden, met name omdat het realiseren van de normen menskracht maar vooral ook tijd zal vergen. Uit onderzoek in de reguliere zorg is inmiddels inderdaad gebleken dat het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid een zaak van lange adem is. Termijnen van vijf tot tien jaar bleken geen uitzondering. Naar onze mening betekent dit dat - ondanks de verwachte voortgang - niet verwacht kan worden dat de beroepsorganisaties alle normen in het referentiekader gerealiseerd hebben binnen de termijn van dit (nog twee jaar durende) onderzoek.

De normen in het referentiekader vormen een raamwerk. Op de volgende pagina zijn de normen (in verkorte vorm) in schema gezet. De normen hebben een abstract karakter omdat zij in principe bedoeld zijn voor alle beroepsorganisaties in het alternatieve veld. In de normen wordt aan een organisatie gevraagd duidelijk te maken welke regels en eisen in de beroepsgroep gelden en hoe ervoor wordt gezorgd dat deze regels worden nageleefd.

Referentiekader: de organisatie beschikt over en maakt inzichtelijk:

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 en gedrag 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.

Het gaat in essentie dus om het aan derden zichtbaar maken van de kwaliteit. Het doel daarvan is in de eerste plaats dat aan patiënten en consumenten duidelijk wordt gemaakt wat zij van de diverse alternatieve beroepsbeoefenaren wel en niet kunnen verwachten. Dergelijke informatie kan patiënten in staat stellen om een afgewogen keuze te maken omtrent de behandelaar tot wie zij zich willen wenden.

Met het inzichtelijk maken van hun kwaliteitsbeleid verschaffen de beroepsorganisaties op de tweede plaats ook duidelijkheid aan de overige partijen in de gezondheidszorg, de zorgverzekeraars, de reguliere beroepsbeoefenaren en de inspectie. Aanbeveling: om aan derden inderdaad duidelijkheid te kunnen bieden over het gevoerde kwaliteitsbeleid zal de informatie hieromtrent beschikbaar en vooral ook toegankelijk moeten zijn (beknopt en overzichtelijk).

De normen geven een grote mate van vrijheid aan de beroepsorganisaties wat betreft de wijze waarop zij hun kwaliteitsbeleid in willen vullen. De normen schrijven voor **wat** geregeld zou moeten zijn, zij schrijven niet voor **hoe** een beroepsorganisatie het kwaliteitsbeleid in moet vullen of welke eisen aan bijvoorbeeld de opleiding dienen te worden gesteld. Dit uitgangspunt doet recht aan de grote verschillen tussen de beroepsorganisaties, verschillen die het onmogelijk maken om inhoudelijk één kwaliteitsniveau aan alle organisaties op te leggen. Dit uitgangspunt betekent tegelijkertijd dat de normen ruimte bieden om invulling te geven aan de wensen of criteria van patiënten-/consumenten(organisaties), eisen van koepelorganisaties of wettelijke voorschriften. Het verdient aanbeveling om patiënten-/consumenten(organisaties) en verzekeraars bij de invulling van het kwaliteitsbeleid te betrekken conform de afspraken die hieromtrent op de Leidschendamconferenties zijn gemaakt.

Stand van zaken

De stand van zaken is in beeld gebracht via een schriftelijke enquête onder alle 108 beroepsorganisaties. Het feit dat 84 organisaties gereageerd hebben (met in totaal 11.000 praktizerende leden) betekent dat de respons goed is. Wel moet in acht worden genomen dat de gegevens niets zeggen over alternatieve beroepsbeoefenaren die niet in een beroepsvereniging zijn georganiseerd. Bovendien hebben de gegevens alleen betrekking op het niveau van de organisaties; de gegevens weerspiegelen dus de perceptie van het bestuur van de organisatie. Er is geen onderzoek verricht onder de beroepsbeoefenaren zelf. Wel zal in de tweede fase van het onderzoek worden nagegaan hoe de organisaties hun kwaliteitsbeleid implementeren.

Een beperking van het onderzoek is ook dat de opleidingen in het onderzoek buiten beschouwing zijn gebleven. Dit onderwerp viel buiten de onderzoeksopdracht en bovendien zou onderzoek naar de kwaliteit van de opleidingen een onderzoek op zich betekenen.

De enquête-resultaten laten zien welke aspecten van de beroepsuitoefening doorgaans wel en doorgaans niet geregeld zijn bij de verschillende organisaties. Als een eerste stap is gekeken in hoeverre mondelinge afspraken bestaan en in hoeverre regels op schrift zijn gesteld. In het hierna volgende schema is de stand van zaken in grote lijnen te zien. Hierbij is uitsluitend gekeken naar schriftelijke regels omdat die nodig zijn om aan derden duidelijkheid te kunnen verschaffen. Het schema laat zien hoeveel procent van de organisaties schriftelijke regels hanteert met betrekking tot zeven rubrieken van de acht rubrieken in het referentiekader (zie ook hoofdstuk 3). De achtste rubriek - de mate waarin beroepsbeoefenaren de regels naleven - was nog onvoldoende in de

enquête geoperationaliseerd.

Percentage organisaties met schriftelijke regels aangaande:

- Opleiding, bij- en nascholing	84%
- Beroepsregister en herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren	63%
- Attitude en gedrag	54%
- Tuchtrect en klachtenopvang	52%
- Toepassing van de genees- of behandelwijze	40%
- Organisatie van de beroepsuitoefening	34%
- Relatie tot de reguliere zorg	27%

Uit dit schema kunnen een aantal conclusies worden getrokken.

Ten eerste blijkt dat zeer veel organisaties eisen hebben geformuleerd ten aanzien van de reguliere en alternatieve opleiding die voor het toepassen van de genees- of behandelwijze nodig is. Tussen de organisaties onderling bestaan grote verschillen in de zwaarte van de opleidingseisen. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn indien het voor patiënten/consumenten duidelijk is welk niveau men bij een beroepsbeoefenaar kan verwachten. Bij de reguliere opleidingen is dat wel, maar bij de opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen is dat niet duidelijk, omdat deze laatste niet bij wet geregeld zijn. Het verdient dan ook aanbeveling om in de toekomst te komen tot een inzichtelijke en eenduidige plaatsbepaling van opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen.

Bijna tweederde van de organisaties heeft regels opgesteld voor opnemng van de leden in een beroepsregister. Dit betekent dat derden in principe kunnen nagaan welke beroepsbeoefenaren zijn gekwalificeerd, dat wil zeggen voldoen aan de gestelde eisen. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn omdat het beroepsregister niet bij alle organisaties openbaar is. Een aanbeveling is om de term beroepsregister alleen te gebruiken indien dit register aan derden een overzicht biedt van gekwalificeerde beroepsbeoefenaren en dus openbaar is. Verwant daarmee zou het de voorkeur verdienen ook de titelvoering op eenduidige wijze te regelen zodat derden ook aan deurplaat of schild kunnen afleiden of men een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar voor zich heeft.

Ongeveer de helft van de organisaties heeft gedragsregels opgesteld en regels met betrekking tot de toepassing van de genees- en behandelwijze. Relatief vaak ontbreken daarbij echter regels omtrent de diagnosestelling c.q. de indicaties voor behandelingen (en voor zover van toepassing het voorschrijven van medicijnen). De kwaliteit van deze documenten is nog niet onderzocht (dat gebeurt in een latere fase van het onderzoek). Op dit moment bestaan nog geen eenduidige kwaliteitseisen voor bijvoorbeeld gedragscodes of beroepsprofielen. Wel zijn op dit gebied diverse ontwikkelingen gaande, getuige de criteria die door de LOPAG zijn geformuleerd en de pogingen van koepelorganisaties en andere instanties om concrete criteria op te stellen. In samenspraak met de beroepsorganisaties kunnen al deze instanties een belangrijke rol vervullen bij het beoordelen en verbeteren van de kwaliteit waarmee in feite een ontwikkeling van zelfregulering binnen het alternatieve veld in gang is of wordt gezet.

De helft van de organisaties hanteert zowel een intern tuchtrect als regelingen voor de klachtenopvang. De organisaties melden dat een vorm van kwaliteitsbewaking plaatsvindt door actie te ondernemen op basis van over een beroepsbeoefenaar

binnengekomen klachten. In het referentiekader is daarnaast als norm opgenomen dat het voor patiënten/consumenten duidelijk zou moeten zijn op welke wijze klachtenopvang en -behandeling plaatsvindt, terwijl patiënten-/consumentenorganisaties veel waarde hechten aan patiëntvriendelijke procedures.

Om de hiervoor besproken reglementen, regels en richtlijnen toegankelijker te maken kan overwogen worden om documenten als gedragscode, beroepsprofielen, opleidingsprofielen, klachtenreglementen enzovoorts op te nemen in een documentatiecentrum, bijvoorbeeld van het NIGZ, de NP/CF, koepelorganisaties of andere instanties, zodat voor derden duidelijk is waar de informatie is te vinden.

Als lacunes in het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties kunnen op dit moment aangewezen worden: de regulering van de organisatie van de beroepsuitoefening, de relatie tot de reguliere zorg en ook de betrokkenheid van patiënten-/consumenten(organisaties). Een aanbeveling is om de inbreng en betrokkenheid van patiënten-/consumenten(organisaties) te vergroten, gezien de landelijk afspraken die hieromtrent in Leidschendam zijn gemaakt.

Een lacune ligt voorts ook op het gebied van kwaliteitsbewaking. Uit het onderzoek blijkt dat kwaliteitsbewaking vooral plaatsvindt via de eisen die aan de leden worden gesteld voor het lidmaatschap en het beroepsregister en via de binnengekomen klachten. Nog weinig beroepsorganisaties kennen andere vormen van systematische kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, visitatie, herregistratie etcetera). Dit is niet verwonderlijk omdat dat in feite een laatste fase is in het reguleren van de kwaliteit. Pas als regels op schrift zijn gesteld en als beroepsbeoefenaren deze regels kennen en onderschrijven kan overgegaan worden tot systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit. In de normen van het referentiekader is daarom gekozen voor de formulering dat de beroepsorganisatie **op termijn** inzichtelijk maakt op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren de regels in acht nemen of op welke wijze de beroepsorganisatie (of de koepelorganisatie) de kwaliteit van haar leden bewaakt. Ongetwijfeld zullen de activiteiten van het CBO een belangrijke stimulans betekenen voor de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering bij de alternatieve beroepsorganisaties.

Tot slot, wat betreft de verschillen tussen beroepsorganisaties laten de resultaten zien dat het kwaliteitsbeleid vooral verder ontwikkeld is bij grotere beroepsorganisaties en bij beroepsorganisaties die bij een koepel zijn aangesloten. In een aantal opzichten is dit verklaarbaar. Ten eerste hebben grotere organisaties meer menskracht ter beschikking om zaken te ontwikkelen dan kleine organisaties. Ten tweede hebben koepelorganisaties de laatste jaren diverse initiatieven ontplooid om de kwaliteit te reguleren. Dit heeft er onder andere toe geleid dat de aangesloten beroepsorganisaties niet steeds zelf het wiel behoeven uit te vinden: op centraal (koepel)niveau zijn zaken als klachtenregelingen of voorbeelden van beroepsprofielen beschikbaar. Dit gegeven pleit ervoor dat beroepsorganisaties zich zoveel mogelijk verenigen om op die wijze de werklast die het reguleren van de kwaliteit nu eenmaal met zich meebrengt, te verlichten.

LITERATUUR

- AAKSTER, C.W. Verzekeraars, kwaliteitstoetsing en alternatieve geneeswijzen. In: De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht: NP/CF, 1995
- AAKSTER, C.W., SPIJKER H. Integratie in de stijgers; samenwerking van reguliere en alternatieve genezers in Lelystad; verslag van een oriënterend onderzoek, Lelystad: SPEL Flevoland, 1991
- BAAL, M. VAN. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1995. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 15, 1996, no.5.p.4-13
- BOTS, M. Het alternatieve veld wordt volwassen. In: De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht: NP/CF, 1995
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1996. Voorburg/Heerlen/Rijswijk: Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juni 1996
- DIJK, P. VAN. Geneeswijzen in Nederland. Compendium van alternatieve geneeswijzen. Achtste geheel herziene druk met een informatiekatern van het IDAG. Deventer: Uitgeverij Ankh-Hermes bv, 1993
- LANDELIJK OVERLEG VAN PATIËNTENORGANISATIES VOOR ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (LOPAG). Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg, 1992
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Lijst beroepsverenigingen en koepelorganisaties alternatieve behandelwijzen met vermelding van het aantal leden c.q. lidverenigingen. Concept d.d. 20 juli 1995
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 's Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1992
- MAASSEN VAN DEN BRINK H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Nota bouwstenen beroepscode en gedragsregels. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990
- SLUIJS, E.M., BAKKER, D.H. DE. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van kwaliteitsystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1992
- SLUIJS, E.M., BAKKER, D.H. DE, DRONKERS, J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1994
- TIMMERMANS, J.E., SLUIJS, E.M., DEKKER, J., HARTOG, W.H.M. DEN. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht: NIVEL/CBO, 1994
- WAGNER, C., BAKKER, D.H. DE, SLUIJS, E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen; de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1995.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Afspraken over kwaliteitsbeleid

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

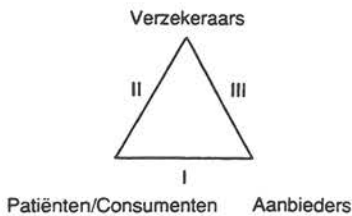
I Preambule

Binnen het huidige tijdsbestek met zijn herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en kwaliteitswetgeving kan het nader concretiseren van een *samenhangend* kwaliteitsbeleid tussen de vier betrokken actoren worden uitgewerkt aan de hand van de onderstaande driehoeksrelatie. De drie partijen die deel uitmaken van deze relatie zijn de aan-

bieders, de patiënten en de verzekeraars*. De overheid wordt in deze benadering gezien als een kaderstellende partij. Tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 6 en 7 april 1989 is een aantal uitspraken geformuleerd, welke inhouden dat het beleid van de overheid afhankelijk moet worden gesteld van initiatieven die door aanbieders, patiënten en verzekeraars in

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

onderlinge samenhang tot stand komen. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt derhalve in de randvoorwaardelijke sfeer conform het streven naar een meer afstandelijke overheidsbemoediging. De verantwoordelijkheden van overheid en veld zijn op te vatten als communicerende vaten in die zin dat als de rol van één van deze actoren verandert, dit automatisch ook wijziging voor de anderen tot gevolg heeft.



IV Overheid (kaderstellend en stimulerend)

Gesteld kan worden dat om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid er een nadere invulling moet plaatsvinden van de afzonderlijke zijden van de driehoeksrelatie. Deze benadering zou uiteindelijk moeten leiden tot afspraken inzake kwaliteit van zorg tussen patiënten/consumenten - aanbieders - I patiënten/consumenten - verzekeraars - II aanbieders - verzekeraars - III Afspraken in de bovenbeschreven relaties zijn geen nieuw fenomeen binnen de zorg. In dit kader kan verwezen worden naar de modelovereenkomst KNMG-LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord. Dit laatste onderstreept dat de afspraken niet beperkt blijven tot bilaterale overeenkomsten.

Thema 1: verantwoordelijkheden

Ten aanzien van het aspect verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg dient allereerst te worden vastgesteld op welk niveau (individu, koepel, instelling gemeente provincie, regio, rijk) deze verantwoordelijkheid ligt. In de intentieverklaring zoals overeengekomen tijdens de startconferentie wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg gelegd bij de aanbieders. Het beleid van de verzekeraars moet het leveren van goede kwaliteit mogelijk maken. Tevens dienen de verzekeraars de gewenste kwaliteit te contracteren. De patiënt krijgt meer verantwoordelijkheid. De overheid voert een zodanig beleid dat partijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen waarmaken. De vraag is op welk niveau die verantwoordelijkheid ligt. Voortvloeiend uit de eerste conferentie kan, ten behoeve van nadere afspraken tijdens de vervolgonferentie, gesteld worden dat de landelijke 'koepels' van de betrokken partijen worden geacht het voortouw te nemen bij de uitvoering van de afspraken van de vervolgonferentie. Vanuit het landelijk niveau dient de

vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op de overige niveaus; dit dient mede te worden gebaseerd op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

Thema 2: criteria

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

Thema 3: kwaliteitssystemen

Gelet op de 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' en het rapport 'Certificatie van Instellingen' (mei 1990, beide van de NRV) wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interne kwaliteitssystemen en externe kwaliteitsbeoordeling. Interne kwaliteitssystemen zijn met name gericht op het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening en van de kwaliteit van de geleverde zorg. Externe kwaliteitsbeoordeling is beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg door een terzake kundige instantie die onafhankelijk staat ten opzichte van degene die beoordeeld wordt.

Thema 4: middelen

Voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid kunnen de volgende soorten middelen worden onderscheiden: overeenkomsten, financiële middelen en wetgeving.

II Afspraken

Thema 1: verantwoordelijkheden

1.a. De gewenste kwaliteit van zorg wordt in eerste aanleg door de aanbieders geformuleerd en gewaarborgd. Om het kwaliteitskader voor de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen aangeven dient de beroepsgroep in ieder geval een beroepscode te hebben (hierbij kan ook gedacht worden aan standaarden, criteria en richtlijnen) en een beroepsprofiel.

b. Aanbieders van zorg dienen zich blijvend toetsbaar op te stellen, hetgeen onder andere tot uiting dient te komen in een periodieke openbare verslaglegging, op een nader te bepalen aggregatieniveau.

c. Het uitwerken van het kwaliteitsbeleid moet gebeuren aan de hand van de 'Discus-

sienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV (1986) (hoofdingeling hiervan is: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie) en een rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen, dat momenteel wordt voorbereid door de NRV. Afhankelijk van het aan de orde zijnde kwaliteitsaspect gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.

2. Het is enerzijds de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren zelf kwaliteitssystemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en anderzijds van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.

3. Patiënten/consumenten hebben een verantwoordelijkheid bij het medebeoordelen van de kwaliteit van zorg. Voor de te beoordelen aspecten wordt verwezen naar de passage hierboven onder 1.c. Patiënten/consumentenorganisaties zullen vanuit hun specifieke betrokkenheid naar deze kwaliteitsaspecten kijken. Zo kunnen algemene patiëntenverenigingen zich meer richten op de aspecten attitude en organisatie en kunnen de categorale patiëntenverenigingen meer gericht zijn op de beoordeling van het aspect 'methodisch-technisch' handelen. De verantwoordelijkheid van patiënten/consumenten wordt met aanbieders van zorg in afspraken vastgelegd. De in de afspraken vastgelegde verantwoordelijkheden kunnen zowel rechten als plichten voor de patiënt inhouden.

4. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars is het beoordelen van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder wat betreft de aspecten doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van beoordeling door verzekeraars. Tevens is het de verantwoordelijkheid van verzekeraars mede op grond van kwaliteit te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast scheppen de verzekeraars in overleg met patiëntenorganisaties, aanbieders en overheid de voorwaarden om tot een verantwoord kwaliteitsniveau te komen.

5. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen. De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd.

De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk

wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid duidelijkheid te schepen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen.

6. het Staatstoezicht zal naast de gebruikelijke repressieve toezichtstaken controleren of er kwaliteitsvoerings- en kwaliteitsbevorderende systemen zijn en kan tevens, indien het daartoe aanleiding ziet, de deugdelijkheid en effectiviteit daarvan controleren. Daarnaast wordt het Staatstoezicht in adviserende zin betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten.

Thema 2: criteria

1. Kwaliteitscriteria, zoals bij voorkeur te formuleren door de beroepsgroepen en instellingen, al dan niet in overleg met patiënten/consumenten* en verzekeraars (zie hiervoor de preambule), dienen betrekking te hebben op de aspecten zoals geformuleerd in de discussie-nota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening en het rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen (dit laatste is zoals vermeld nog in ontwikkeling). De drie partijen formuleren ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.
2. De kwaliteitscriteria dienen zodanig te worden ontwikkeld dat zij slechts op één manier te duiden zijn en onderwerp kunnen zijn van toetsing.
3. Alle criteria kunnen onderdeel vormen van afspraken die worden overeengekomen tussen de partijen die deel uitmaken van de driehoeksrelatie.
4. Alle criteria dienen onderdeel van kwaliteitsbewakings-, bevorderings- en beheersingsystemen te zijn welke door de overheid wettelijk kunnen worden vastgesteld.

Thema 3: kwaliteitssystemen

Interne kwaliteitssystemen

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
 - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing; intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
 - b. registratie/herregistratie/re-examinering; ten behoeve van herregistratie kan – ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep – bij- en nascholing verplicht worden gesteld.

*Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.

3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systematiek.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

Externe kwaliteitsbeoordeling

1. Externe kwaliteitsbeoordeling dient bij voorkeur haar aangrijpingspunt te hebben op interne kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben*.
2. In de op te stellen afspraken tussen de drie partijen dienen nadere bepalingen te worden opgenomen ten aanzien van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.
3. Ten aanzien van de openbaarheid van gegevens dienen tussen de drie partijen afspraken te worden gemaakt.
4. Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of -behandeling en uitvoering van patiënten/consumentenonderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling en patiënten/consumentenonderzoek dienen teruggekoppeld te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen.
5. Indien voor een groep beroepsbeoefenaren en/of instellingen wordt besloten tot de invoering van een systeem van certificatie, dienen hieraan de volgende voorwaarden te worden gekoppeld (gebaseerd op het NRV-advies):
 - 'certificatie is per definitie een vorm van onafhankelijke toetsing'
 - certificatie dient op basis van een groeimodel, zoals gepresenteerd in het rapport van NRV 'Certificatie van Instellingen' te worden ingevoerd; bij voorkeur:
 - a. als de ontwikkeling van modellen van interne kwaliteitssystemen heeft plaatsgevonden;
 - b. als de betrokkenheid van potentiële belanghebbenden nader is ingevuld.Op korte termijn dient hierover op bestuurlijk niveau tussen de aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars nader te worden besloten. Het Staatstoezicht dient hierbij in adviserende zin te worden betrokken.

Thema 4: middelen

- 1.a. Kwaliteit moet onderdeel uitmaken van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De derde partij (patiënten/

*Ten aanzien van het begrip 'resultaten van zorg' vindt tussen partijen nader overleg plaats.

comsumentenorganisaties) behoort daarbij betrokken te zijn.

b. In overeenkomsten kunnen incentives worden opgenomen tot kwaliteitsbevordering.

2.a. De financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten moet beschikbaar komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen binnen de vier actoren.

b. Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid produkt.

3. Wetgeving kan worden beschouwd als middel om het kwaliteitsbeleid, zoals dit tot stand moet komen tussen partijen in de beschreven driehoeksrelatie, te stimuleren en te waarborgen. Indien wordt gekomen tot een wet op de kwaliteit van zorg, dient deze het karakter te hebben van een raamwet, wat inhoudt dat deze wet niet primair gericht is op de kwaliteitscriteria zelf doch voornamelijk op procedures en verantwoordelijkheden/bevoegdheden via welke totstandkoming van kwaliteitseisen en kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd en gewaarborgd.

4. De aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars maken afspraken ten einde te waarborgen dat voldoende (dat is: valide en relevante) informatie voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking beschikbaar komt en blijft voor alle partijen, met inachtneming van de privacy-voorschriften.

5. De overheid en/of de verzekeraars voeren een beleid dat erop gericht is patiënten-/consumentenorganisaties zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de kwaliteit van zorg te beoordelen en dienaangaande activiteiten te ontwikkelen.

6. De verzekeraars zullen overgaan tot het instellen van verzekerdenraden.

7. Verzekerden kunnen een actieve rol vervullen ter zake van kwaliteit, indien zij de vrijheid krijgen om van verzekeraar te wisselen. Daarbij dient een acceptatieplicht (zonder risicoselectie) te gelden.

8. Er is onderzoek nodig ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek dient een onderbouwing te zijn van de inhoudelijke ontwikkeling van criteria en systemen voor kwaliteitsbevordering, waaronder de beoordeling van kosten en baten.

9. De overheid zal in overleg met het veld de totstandkoming van de klachtenwetgeving met kracht continueren.

III Planning

Thema 1: verantwoordelijkheden

Tijdsplanning is hierop niet van toepassing.

Thema 2: criteria

1. Binnen twee jaar zullen partijen – het initiatief hiertoe zal binnen een half jaar door de aanbieders worden genomen – komen tot afspraken over:

– de gebieden waarop de criteria betrekking hebben en de partijen die daarover met elkaar tot afspraken zullen komen;

– een procedure om tot formuleren van de criteria te komen door de ter zake belanghebbende partijen;

– een procedure om te komen tot prioriteitenstelling en de behandeling van de criteria;

– een procedure om geschillen over formulering en prioriteitenstelling op te lossen;

– een procedure om tot implementatie van de – reeds in het verleden – geformuleerde criteria te komen.

2. Binnen een termijn van vijf jaar zullen aan de hand van de onder 1 gestelde procedures de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen betrokken partijen zijn opgenomen:

– specifiek wordt hierbij bedoeld de criteria voor goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap;

– tussen aanbieders en patiënten zullen de positie en de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt hierin worden betrokken;

– in overleg tussen patiëntenorganisaties en verzekeraars zullen kwaliteitsbepalingen ten behoeve van polissen worden opgesteld.

Thema 3: systemen

1. Analoot aan het ontwikkelingstraject van kwaliteitscriteria (zie thema 2) dienen partijen in de driehoeksrelatie binnen een termijn van twee jaar procedure-afspraken te hebben gemaakt over het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.

2. Binnen een termijn van vijf jaar moeten interne kwaliteitssystemen operationeel zijn.

Thema 4: middelen

Met uitzondering van de punten 4 en 9 dienen deze afspraken operationeel te zijn bij invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg. De punten 4 en 9 dienen binnen een jaar te zijn gerealiseerd.

IV Voortgangsbewaking

De NRV zal worden gevraagd een commissie te formeren die de voortgang controleert en jaarlijks rapporteert. De NRV zal deze commissie binnen een half jaar samenstellen in overleg met de geledingen binnen de gezondheidszorg.

LEIDSCHENDAMA AFSPRAKEN 1995 - 2000

Pre-ambule

Op grond van de ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid van de afgelopen vijf jaar en op basis van de interviews die aan de derde Leidschendamconferentie vooraf gingen, volgt in dit hoofdstuk een beschrijving van de beoogde situatie in het jaar 2000. De doelstellingen geven de richting aan waarin het kwaliteitsbeleid zich de komende jaren zal ontwikkelen.

Bij de tijdens de landelijke kwaliteitsconferentie geformuleerde doelstellingen en afspraken hanteren de partijen de volgende uitgangspunten:

- De hieronder geformuleerde afspraken bouwen voort op hetgeen in 1990 tussen de partijen is overeengekomen.
 - De Kwaliteitswet zorginstellingen legt de primaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit neer bij de individuele zorginstellingen.
 - De afspraken en intenties die in het navolgende zijn vastgelegd hebben betrekking op de taken en verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, zorgverzekeraars/financiers¹, patiënten/consumentenorganisaties, (lagere) overheid² en inspectie.
 - De afspraken die op het niveau van de landelijke organisaties worden gemaakt, geven aan op welke wijze en met betrekking tot welke aspecten deze organisaties hun leden willen ondersteunen. Dit laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders om zelf invulling te geven aan het eigen kwaliteitsbeleid.
- De afspraken en intenties vormen geen substituuat voor deze, in wetgeving vastgelegde, eigen verantwoordelijkheid.
- Vanuit het landelijke niveau dient de vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op regionaal/lokaal niveau; dit dient mede gebaseerd te worden op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.
- De landelijke organisaties die op 8 juni 1995 deze afspraken onderschrijven, bevorderen dat hun leden bij de uitwerking van het kwaliteitsbeleid op individueel en regionaal niveau rekening houden met de in Leidschendam geformuleerde doelstellingen en afspraken.

Doelstellingen en afspraken

I Begripsverheldering

In het jaar 2000 zijn de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'kwaliteitssysteem' verder verduidelijkt in het verkeer tussen zorgaanbieders, financiers en patiënten/consumentenorganisaties. Begrippen als patiëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid zijn daarbij nader omschreven in toetsbare, meetbare termen.

Pre-ambule bij I

Het ligt in de rede dat zorgaanbieders een belangrijke en initiërende rol spelen bij het verhelderen van de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'kwaliteitssysteem'. De inbreng van de patiënt/consument en de financier is van belang om een optimaal niveau te definiëren dat en acceptabel en operationaliseerbaar is, en recht doet aan de gerechtvaardigde verwachtingen van de klanten van de zorgsector. De inbreng van de patiënt/consument en de financier dient zeker te worden gesteld door deze partijen van meet af aan te informeren en hen in de gelegenheid te stellen hun inzichten en wensen terzake in te brengen.

Aanbieders van zorg zien erop toe dat aan de strekking van deze pre-ambule gestalte wordt gegeven.

Partijen spreken de intentie uit te komen tot eenvormigheid in de totstandkoming van de referentiekaders zoals bedoeld in de afspraken 1a t/m e.

Zorgaanbieders

- 1.a De landelijke organisaties van zorgaanbieders (instellingen en beroepsbeoefenaren) brengen in onderlinge afstemming in de periode 1995 - 2000 referentiekaders uit, waarin op hoofdlijnen wordt beschreven wat in de betreffende sector onder verantwoorde zorg en goede praktijkvoering wordt verstaan. Hierbij worden begrippen als patiëntgerichtheid, doeltreffendheid en doelmatigheid uitgewerkt (zorgspecificatie).
- 1.b De landelijke organisaties van zorgaanbieders brengen in de periode 1995 - 2000 referentiekaders uit, waarin op hoofdlijnen wordt geformuleerd uit welke algemene en specifieke onderdelen een kwaliteitssysteem ten minste moet bestaan en aan welke eisen die onderdelen moeten voldoen (systeemspecificatie). Bij het formuleren van bijzondere systeemeisen moet rekening

worden gehouden met de mogelijke samenhang tussen kwaliteitssystemen van instellingen en de door beroepsbeoefenaren ontwikkelde systemen, deze worden onderling afgestemd.

- 1.c Deze referentiekaders worden zo concreet geformuleerd dat zij kunnen dienen als uitgangspunt voor de externe beoordeling van zorg respectievelijk van systemen.
- 1.d Bij het omschrijven van aspecten van verantwoorde zorg en goede praktijkvoering, respectievelijk bij het omschrijven van systeemeisen, vergewissen de landelijke organisaties van zorgaanbieders zich waar dat relevant en/of gewenst is, van de standpunten en eisen van de patiënten/consumenten respectievelijk de financiers.
- 1.e Uit de referentiekaders moet blijken op welke wijze de patiënten/consumentenorganisaties respectievelijk de financiers zijn betrokken bij de totstandkoming van deze referentiekaders en welke inbreng zij daarbij hadden.

Patiënten/consumentenorganisaties

- 2.a Patiënten/consumentenorganisaties brengen in de periode 1995 - 2000 referentiekaders uit, waarin wordt geformuleerd wat zij onder patiëntgerichtheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en goede praktijkvoering verstaan.
- 2.b Deze referentiekaders worden zo concreet geformuleerd dat zij kunnen dienen als uitgangspunt voor externe beoordeling van kwaliteit van zorg, verleend door de desbetreffende zorgaanbieder.
- 2.c Patiënten/consumentenorganisaties zullen zorgaanbieders en financiers in de gelegenheid stellen om kennis te nemen van de invulling die door hen aan het begrip verantwoorde zorg wordt gegeven, zodat de zorgaanbieders deze begripsverheldering betrekken in de eigen kwaliteitssystemen.

II Externe beoordeling

In het jaar 2000 is voor elk der partijen duidelijk hoe externe beoordeling plaatsvindt en wie als externe beoordelaars van zorg en/of kwaliteitssystemen optreden. Duidelijk is welke maatstaven hierbij gehanteerd worden.

Harmonisatie

- 1.a De zorgaanbieders, patiënten/consumenten en financiers streven ernaar interne en externe beoordelingsmethoden op elkaar af te stemmen, zodat eenduidige en betekenisvolle uitspraken over de kwaliteit van de zorg en/of kwaliteitssystemen mogelijk zijn.
- 1.b Zorgaanbieders, financiers, patiënten/consumentenorganisaties en de inspectie streven ernaar beoordelingsmethoden te ontwikkelen die voor alle belanghebbenden acceptabel zijn.
- 1.c De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector kan een belangrijke rol vervullen bij het ontwikkelen van beoordelingsmethoden die voor alle belanghebbenden acceptabel zijn. Daarbij bevordert de stichting een zo groot mogelijke afstemming tussen interne en externe beoordelingsmethoden.
- 1.d Het streven naar harmonisatie en het ontwikkelen van voor alle belanghebbenden acceptabele wijzen van beoordelen, laat onverlet de mogelijkheid dat patiënten/consumentenorganisaties en de individuele financiers op de door hen wenselijk geachte wijze beoordelingen verrichten.

Beoordeling door patiënten/consumenten

- 2.a Patiënten/consumenten maken zorgaanbieders duidelijk welke eisen ze stellen aan de kwaliteit van zorg respectievelijk het kwaliteitssysteem, welke beoordelingsmethode ze willen hanteren en hoe zij de resultaten van de beoordeling gebruiken³.
- 2.b Patiënten/consumentenorganisaties zullen de door hen ontwikkelde criteria inbrengen bij aanbieders.
- 2.c Per sector worden op landelijk, regionaal en/of instellingsniveau afspraken gemaakt over de beoordeling door patiënten/consumenten.

Beoordeling door financiers

- 3.a Financiers maken zorgaanbieders duidelijk welke eisen ze stellen aan de kwaliteit van zorg respectievelijk het kwaliteitssysteem, welke beoordelingsmethode ze willen hanteren en hoe zij de resultaten van de beoordeling gebruiken.
- 3.b Financiers zullen de door hen ontwikkelde criteria inbrengen bij aanbieders.
- 3.c Op regionaal niveau wordt gestreefd naar het maken van concrete afspraken, over de beoordeling door financiers.

Beoordeling door een erkende certificerende instelling

- 4.a Certificatie van kwaliteitssystemen kan betrouwbare informatie over kwaliteitsystemen in de zorgsector verschaffen, mits er sprake is van betrokkenheid van belanghebbenden bij de wijze waarop de certificatie plaatsvindt en de normen op grond waarvan beoordeling van de systemen plaatsvindt.

4.b Financiers en patiënten/consumentenorganisaties maken aanbieders duidelijk welke betekenis ze hechten aan certificatie door erkende certificerende instellingen.

Beoordeling door staatstoezicht/provinciale inspectie (zie ook IV-4)

- 5.a De inspectie geeft in haar jaarrapportages duidelijk aan waar sprake is van verantwoorde zorg of de kans daarop en op basis van welke indicatoren zij tot deze bevinding komt.
- 5.b De inspectie geeft in haar jaarrapportages duidelijk aan in welke sectoren de kwaliteitssysteemontwikkeling nog onvoldoende gevorderd is en op basis van welke indicatoren zij tot deze bevinding komt.

III Ontwikkeling van kwaliteitssystemen

In het jaar 2000 hebben instellingen en beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen verder ontwikkeld en ingevoerd. Hierbij is expliciet aandacht besteed aan:

- a. de afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement;
- b. de inbreng van de patiënt/consument;
- c. de inbreng van de financier;
- d. de externe oriëntatie (ketenkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg);
- e. de organisatiebrede opbouw van het systeem.

Afstemming beroepsbeoefenaren/management

- 1.a Het instellingsmanagement en de beroepsbeoefenaren zijn onderscheidenlijk en gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die vanuit de instelling wordt geleverd. Het instellingsmanagement maakt daarover afspraken met de beroepsbeoefenaren en legt daarbij wederzijdse verantwoordelijkheden vast.
- 1.b Instellingen en beroepsbeoefenaren stemmen hun kwaliteitsbeleid onderling af. Deze afstemming houdt in dat wordt gestreefd naar overeenstemming van het kwaliteitsbeleid van de instelling met het reeds binnen de beroepsgroep ontwikkelde kwaliteitsbeleid, waaronder zijn begrepen: protocollen, standaarden, richtlijnen en toetsingsystemen van beroepsbeoefenaren.

- 1.c Bij de ontwikkeling, de invoering en de instandhouding van het kwaliteitssysteem houdt de instelling rekening met de wensen en de behoeften van beroepsbeoefenaren dienaangaande.

Inbreng patiënten/consumenten

- 2.a Patiënten/consumentenorganisaties gaan verder met de ontwikkeling en invoering van hun beoordelingsstelsel, waarbij zij expliciet aandacht besteden aan het leggen van verbanden tussen de resultaten van de beoordeling en de aanbevelingen voor verbeteringen enerzijds en de kwaliteitssystemen van zorgaanbieders anderzijds.
- 2.b Zorgaanbieders betrekken de uitkomsten van de kwaliteitsbeoordeling door patiënten/consumentenorganisaties en de aanbevelingen voor verbeteringen bij hun kwaliteitsbeleid. Zo nodig leidt dit tot aanpassingen van het kwaliteitsbeleid van de desbetreffende zorgaanbieder.
- 2.c In het jaar 2000 kunnen aanbieders van zorg aantonen dat de patiënten/consumentenorganisaties actief zijn betrokken bij het kwaliteitsbeleid. Zij laten dit zien in de gegevens die zij naar buiten brengen ten behoeve van externe beoordeling. Dit punt zal worden betrokken in de evaluatie van de Kwaliteitswet in het jaar 2000.

Inbreng financiers

- 3 In het jaar 2000 stellen de financiers de zorgaanbieders in staat aan te tonen dat financiers zijn betrokken bij het kwaliteitsbeleid van aanbieders. Zorgaanbieders geven deze betrokkenheid weer in de gegevens die zij naar buiten brengen ten behoeve van externe beoordeling.

Externe oriëntatie (ketenkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg)

- 4 Bij zorgprocessen waarbij meerdere zorgaanbieders gelijktijdig of opeenvolgend betrokken zijn, wordt de kwaliteit van zorg voor een belangrijk deel bepaald door afstemming en coördinatie van de zorg. Dit betekent dat het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders gericht moet zijn op het realiseren van een samenhangend zorgaanbod, waarbij sprake is van onderlinge afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. Op regionaal/lokaal niveau vindt de komende jaren overleg plaats tussen zorgaanbieders, patiënten/consumenten en financiers over de bevordering van ketenkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg. Dit moet leiden tot

een geïntegreerde, probleemgeoriënteerde en samenhangende zorgverlening.

Opbouw van het kwaliteitssysteem

- 5 Bij het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem streven instellingen naar toepasbaarheid van het systeem voor de gehele organisatie van de instelling en de vanuit de instelling als geheel verleende zorg.

IV Informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod

In het jaar 2000 is de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod verbeterd. Zowel patiënten/consumenten als financiers en overheid kunnen zich een beeld vormen van de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteitssystemen. Met het oog op de ketenkwaliteit/ de continuïteit van de kwaliteit van zorg moeten ook aanbieders onderling inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod.

Transparantie van de kwaliteit als kenmerk van het zorgaanbod, veronderstelt transparantie van het zorgaanbod naar aard, inhoud, proces en doeltreffendheid.

Informatie van aanbieders

- 1.a Met het oog op het verhogen van de transparantie verstrekken zorgaanbieders in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen, gerichte informatie aan de dichtstbijzijnde (regionale) patiënten/consumentenorganisatie en aan de betrokken (regionale) financier. Verzoeken om informatie van andere zorgaanbieders in de regio worden ingewilligd, tenzij dit vanuit het oogpunt van concurrentie in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden gevergd. Deze informatie omvat tenminste:
- een omschrijving van de aard en omvang van de zorg die geboden wordt
 - de frequentie en de wijze waarop externe beoordeling plaatsvindt
 - de betrokkenheid bij transmurale zorg
 - speciale voorwaarden, prijzen en/of voorzieningen
 - een contactpersoon voor nadere informatie.
- 1.b In toekomstig (landelijk) overleg worden nadere afspraken gemaakt over de wijze waarop de transparantie van het zorgaanbod van instellingen kan worden vergroot.
- 1.c Op lokaal/regionaal niveau worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid van individuele beroepsbeoefenaren ten aanzien van het vergroten van de transparantie van het zorgaanbod.

Kwaliteitsjaarverslagen

- 2 Bij het uitbrengen van kwaliteitsjaarverslagen, zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, kunnen instellingen de criteria hanteren, welke zijn ontwikkeld ten behoeve van de prijsuitreiking voor het beste kwaliteitsjaarverslag tijdens de kwaliteitsconferentie op 7 juni 1995. Uit het kwaliteitsjaarverslag blijkt in ieder geval welke aantoonbare verbeteringen zijn aangebracht ten aanzien van de zorg.

Rol patiënten/consumentenorganisaties

- 3.a De (regionale) patiënten/consumentenorganisaties informeren patiënten/consumenten over de kwaliteit van het zorgaanbod, bij voorkeur op (landelijk) gestandaardiseerde wijze.
- 3.b De (regionale) patiënten/consumentenorganisaties stellen aan de hand van hun klachtenregistraties en/of gestructureerde observaties een geobjectiverd verslag op ten aanzien van hun bevindingen over de kwaliteit van het zorgaanbod en brengen dit ter kennis van de betrokken zorgaanbieder(s) en financier(s).

Rol inspectie voor de gezondheidszorg c.q. de ouderenzorg

- 4 Met het oog op het verhogen van de transparantie ten behoeve van de overheid brengt het staatstoezicht iedere vier jaar een rapport uit over de 'staat van de gezondheidszorg'. Het staatstoezicht neemt in dit rapport informatie op over de volgende onderwerpen:
- De kwaliteit van de gezondheidszorg in verschillende sectoren. Beide inspecties geven duidelijk aan waar sprake is van verantwoorde zorg of de kans daarop en op basis van welke indicatoren zij tot deze bevinding komen.
 - De mate waarin zorgaanbieders in verschillende sectoren beschikken over een aantoonbaar en effectief kwaliteitssysteem. Het staatstoezicht geeft hierbij duidelijk aan in welke sectoren de kwaliteitssysteemontwikkeling nog onvoldoende gevorderd is en op basis van welke indicatoren zij tot deze bevinding komt.
 - De inspecties zien erop toe dat patiënten/consumentenorganisaties worden betrokken bij de normstelling in het veld. Daarmee zijn zij betrokken bij de normen die de inspectie hanteert bij haar toezicht.

Rol lagere overheden

- 5 Indien en voor zover de lagere overhe-

den fungeren als zorgaanbieder, gelden voor hen de bepalingen overeenkomstig dit hoofdstuk.

V Informatie en begripsverheldering over de kwaliteit van het verzekeringsaanbod

In het jaar 2000 is de transparantie van het verzekeringsaanbod verbeterd. Hierbij gaat het om het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van het produkt van de zorgverzekeraars en van hun gedrag op de verzekerdenmarkt en op de zorgmarkt.

Informatie van zorgverzekeraars

- 1.a Met het oog op het verhogen van de transparantie verstrekken de zorgverzekeraars ten minste éénmaal per jaar gerichte informatie aan de dichtstbijzijnde, (regionale) patiënten/consumentenorganisatie. Desgevraagd verstrekken zij ook informatie aan (de landelijke organisaties van) zorgaanbieders.
- 1.b Deze informatie omvat in het kader van de referentiekaders voor zorgverzekeraars zoals bedoeld in V sub 2.a en b tenminste:
- het kwaliteitsjaarverslag
 - een omschrijving van de polisvoorwaarden
 - een contactpersoon voor nadere informatie.

Begripsverheldering verantwoord verzekeraarschap

- 2.a De landelijke organisaties van zorgverzekeraars brengen in de periode 1995 - 2000 referentiekaders uit, waarin op hoofdlijnen wordt geformuleerd wat onder verantwoord verzekeraarschap wordt verstaan.
- 2.b Deze referentiekaders worden zo concreet mogelijk geformuleerd en zullen openbaar zijn. Jaarlijks wordt beoordeeld of aanpassingen noodzakelijk zijn.
- 2.c Bij het omschrijven van aspecten van verantwoord optreden op de zorgmarkt, respectievelijk de verzekerdenmarkt, vergewissen de landelijke organisaties van zorgverzekeraars zich, waar dat relevant en/of gewenst is, van de standpunten en eisen van de zorgaanbieders en patiënten/consumenten.
- 2.d Uit de referentiekaders moet blijken op welke wijze de aanbieders respectievelijk de patiënten/consumentenorganisaties zijn betrokken bij de totstandkoming van deze referentiekaders en welke inbreng zij daarbij hadden.

Kwaliteitsbeleid

- 3.a De zorgverzekeraars voeren een expliciet kwaliteitsbeleid en leggen hierover in het kwaliteitsjaarverslag verantwoording af, waarin mede verslag wordt gedaan van de wijze waarop de invalshoek van de zorgaanbieders in het kwaliteitsbeleid van de zorgverzekeraars tot uitdrukking komt.
- 3.b In het kwaliteitsjaarverslag verstrekken zorgverzekeraars informatie over hun optreden op de 'zorgmarkt' en hun optreden op de 'verzekerenmarkt'.
- 3.c De verantwoording over het optreden op de 'zorgmarkt' omvat informatie over de wijze waarop de zorgverzekeraars de kwaliteit van het zorgaanbod beïnvloeden en faciliteren en de plaats die kwaliteit inneemt in het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars (compartiment 1, 2, 3)⁵.
- 3.d De verantwoording omtrent het optreden op de 'verzekerenmarkt' omvat informatie over het acceptatiebeleid en de klantgerichtheid van het verzekeringsaanbod.

Rol patiënten/consumentenorganisaties

- 4.a (Regionale) patiënten/consumentenorganisaties informeren patiënten/consumenten over de kwaliteit van het verzekeringsaanbod.
- 4.b Zorgverzekeraars hebben een regelmatig en structureel overleg met patiënten/consumentenorganisaties over de wensen en verwachtingen van patiënten/consumenten en de gevolgen die zij daaraan verbinden voor het contracteerbeleid.

Toezicht

- 5 Zorgverzekeraars staan onder toezicht van de Verzekeringkamer of de Ziekenfondsraad en leggen aan deze verantwoording af over de kwaliteit van hun handelen.

Lagere overheden

- 6 Indien en voor zover lagere overheden fungeren als financier gelden voor hen de bepalingen overeenkomstig dit hoofdstuk.

Prikkels

- 1.a In het jaar 2000 zijn zowel door financiers als door de verschillende overheden en de inspecties zoveel externe prikkels voor het invoeren van het kwaliteitsbeleid ingevoerd, dat het voor zorgaanbieders en financiers aantrekkelijk wordt om een goed kwaliteitsbeleid te voeren.
- 1.b De prikkels kunnen zowel in de vorm van incentives als in de vorm van sancties plaatsvinden.

Onderzoek en ondersteuning

- 2 De overheid zal financiële middelen inzetten om ontwikkelings- en onderzoeksprojecten mogelijk te maken op de terreinen kwaliteit van zorg en doelmatigheid, die versterkend ten opzichte van elkaar kunnen werken.
- 3 De overheid bewerkstelligt dat de patiënten/consumentenorganisaties voldoende middelen ter beschikking krijgen om blijvend een rol van betekenis in het kwaliteitsbeleid te kunnen spelen in het kader van de alhier geformuleerde afspraken.

Financiering

- 4.a Financiering van het kwaliteitsbeleid is noodzakelijk.
Het betreft onderscheidenlijk:
1. financiering van aanloop- en ontwikkelkosten
 2. structurele financiering.
- 4.b De zorgverzekeraars verklaren zich bereid op korte termijn het initiatief te nemen tot onderhandelingen over de uitwerking van de afspraak VI sub 4. Binnen een half jaar na dato worden de participerende organisaties daartoe uitgenodigd.

VII Overleg en afstemming

Partijen blijven op het niveau van de landelijke organisaties met elkaar overleg voeren over de realisering van de geformuleerde doelstellingen van het kwaliteitsbeleid.

- 1 De werkgroep zal binnen een half jaar na dato de koepelorganisaties concrete voorstellen doen voor de onderbrenging, de nadere invulling, de vormgeving en de financiering van overleg. De werkgroep is samengesteld uit leden van de voormalige Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid en wordt uitgebreid met een vertegenwoordiger van de verpleegkundige beroepsgroep. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid zal de werkgroep faciliteren.

VIII Het jaar 2000: beleidsevaluatie
In het jaar 2000 zal opnieuw een kwaliteitsconferentie worden georganiseerd waar het in gang gezette beleid zal worden geëvalueerd en waar nodig nieuwe afspraken gemaakt zullen worden. De evaluatie van de Kwaliteitswet zal hierbij worden betrokken.

- 1 De organisaties van zorgverzekeraars en patiënten/consumenten verklaren zich bereid in het jaar 2000 gezamenlijk de vierde Leidschendamconferentie te organiseren onder vergelijkbare condities als de voorgaande Leidschendamconferenties.
Zij zullen daarover, binnen de structuur overeenkomstig het gestelde in VII sub 1, nader overleg plegen met de betrokken organisaties van zorgaanbieders en de overheid

Noten:

- 1 De term leveranciers wordt gebruikt wanneer zowel zorgverzekeraars als latere overheden zijn bedoeld. De term zorgverzekeraars is voorbehouden aan ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregeling.
- 2 Lagere overheden hebben naast hun bestuurlijke taken, tevens taken als opdrachtgever en/of als financier ten opzichte van de zorg. Zij nemen daardoor een bijzondere positie in: zij zijn verantwoordelijk voor de financiering en daarnaast medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg-, hulp- en dienstverlening, of voorzieningen. Indien en voor zover de lagere overheden dezelfde rol vervullen als zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelden voor hen de betreffende afspraken dienstovereenkomstig.
- 3 De NPICF noemt de door patiënten/consumenten ontwikkelde beoordelingsmethoden 'externe kwaliteitsystemen'. De NPICF hanteert daarnaast de term 'interne kwaliteitsystemen', waarmee de NPICF doelt op de door zorgaanbieders ontwikkelde kwaliteitsystemen. Omdat het onderscheid tussen 'interne' en 'externe' kwaliteitsystemen niet gangbaar is (het komt in de ISO-normen niet voor), wordt dit onderscheid in deze afspraken niet overgenomen. Er wordt gesproken van kwaliteitsystemen en van beoordeling.
- 4 Dit rapport is op te vatten als een compilatie van de jaarverslagen van de vier voorgaande jaren en komt tot stand in samenhang met de VTV en het FOZ.
- 5 Toelichting bij 3.c: Beïnvloeding en facilitering van kwaliteit kan blijken uit:
- het inzichtelijk maken van variaties in praktijkvoering en de betekenis van deze informatie;
 - de manier waarop zorgverzekeraars het totstandkomen van ketenkwaliteit/continuïteit van de kwaliteit van zorg bevorderen (bijvoorbeeld door informatie te verstrekken over verkeerde bed-problematiek, over patiëntenstromen, wachtlijsten, zorgbehoefte);
 - de manier waarop zorgverzekeraars de kwaliteit tot uiting laten komen in de prijs;
 - de wijze waarop zorgverzekeraars een gebrek aan kwaliteit sanctioneren.
- De plaats van kwaliteit in het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars kan blijken uit:
- de selectiecriteria voor te contracteren zorg (geen ondermaatse zorg);
 - de wijze van beoordelen van reeds gecontracteerde zorg;
 - de uitwerking en toepassing van bepalingen uit de Uitkomsten van Overleg in de individuele contracten.
- Door de bestaande contracteerverplichting ten aanzien van instellingen en de schaarste binnen de zorg zijn zorgverzekeraars niet altijd in staat alleen die zorg te contracteren die aan het door hen vereiste kwaliteitsniveau voldoet. Er is in veel gevallen weinig onderhandelingsruimte.

BIJLAGE 2

Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg

Opgesteld met het oog op de belangen van de patiënt door het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) na overleg met de beroepsorganisaties. 1992.

Inleiding

Het LOPAG heeft met het opstellen van deze criteria de bedoeling, een proces in gang te zetten dat uiteindelijk zal moeten leiden tot duidelijkheid voor en bescherming van de patiënt/consument die zich begeeft op het terrein van de alternatieve gezondheidszorg. In nauw overleg en in samenwerking met de organisaties van hulpverleners willen wij de volgende stappen verwezenlijken:

1. Opstellen van intentieverklaringen met (koepels van) beroepsorganisaties, waarbij de LOPAG-criteria dienst doen als inbreng namens de patiënt/consument
2. Instellen van een keurmerk voor alternatieve gezondheidszorg
3. Registratie van goedgekeurde hulpverleners
4. Regulatie van de beroepsuitoefening door
 - controle op naleving criteria keurmerk
 - controle op opleidingen/examens
 - klachtopvang- en tuchtprocedures
 - uniforme vergoeding door zorgverzekeraarsvastgelegd in modelovereenkomsten tussen de drie betrokken partijen.

We gaan ervan uit dat registratie door de beroepsverenigingen zelf, onder toezicht van de koepelorganisaties en binnen het kader van de op te stellen intentieverklaringen, vooralsnog de grondslag van het goedkeuringssysteem zal vormen, in wisselwerking met het LOPAG en de (binnenkort op te richten) Federatie van patiënten/consumentenorganisaties. Nader overleg over de praktische, procedurele en financiële consequenties zal nodig zijn.

I. Uitgangspunten

De kwaliteit van de beroepsuitoefening kan vanuit de optiek van de patiënt in vijf niveaus of aspecten onderscheiden worden.

1. Grondslagen van de intermenselijke relatie, zoals ondermeer vervat in grondrechten en de fundamenteën van de rechtsorde waarbij te denken valt aan het recht op zelfbeschikking, het recht op onaantastbaarheid van het lichaam, het recht op privacy, het recht op vrije keuze, het recht op goede zorg etc. Verder dienen het rechtskarakter en de juridische consequenties van de relatie tussen cliënt en hulpverlener (hulpverlenerscontract) in ieder opzicht geëerbiedigd te worden.
2. Grondslagen van de hulpverlening:
 - het centraal stellen van de belangen van de patiënt;
 - het respecteren van individuele diversiteit;
 - de mens zien als een produkt van een groot aantal elkaar beïnvloedende interne en externe factoren (constitutie, leefmilieu, leefwijze, etc.).
3. Basiscriteria voor de attitude van de hulpverlener.
4. Basiscriteria voor het therapeutisch handelen.
5. Basiscriteria voor de praktijkvoering.

De onder 1 en 2 bedoelde grondslagen omvatten algemene uitgangspunten die in onderstaande uitwerking niet nader gespecificeerd worden omdat zij bij een integere beroepsuitoefening in de hulpverlening van welke aard ook dienen te worden voorondersteld.

Dat geldt voor een belangrijk deel ook voor de basiscriteria, genoemd onder 3, 4 en 5, maar daarmee zijn vaak specifieke kenmerken van de uitoefening van niet-reguliere geneeskunst verweven, zodat wij ons daarop concentreren.

II. Voorwaarden voor de erkenning van beroepsorganisaties

1. Rechtspersoon zijn, in principe een vereniging
2. Ledenlijsten bijhouden en deze ter beschikking stellen van verwijzende- en patiënten ondersteunende instanties voor niet-commercieel gebruik
3. Openstaan voor nader te bepalen inbreng van patiëntenorganisaties ten aanzien van kwaliteit, tuchtrecht en klachtenbehandeling
4. De onder de organisatie vallende hulpverleners duidelijk en gespecificeerd in kaart brengen aan de hand van een zo klein mogelijk aantal uniforme beroepsprofielen. Uitgewerkt moet worden ten minste:
 - het niveau waarop de hulpverlener is opgeleid
 - onderscheid aspirant-leden en volwaardig praktiserende leden en de maximale termijn waarbinnen men volwaardig lid dient te worden
 - bevoegdheden en beperkingen van de betrokken hulpverleners ten aanzien van specifieke handelingen zoals het geven van injecties, het verrichten van lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose, het voorschrijven van medicatie etc.
5. Vakbekwaamheid voldoende garanderen door:
 - het op basis van de beroepsprofielen formuleren van kwaliteitseisen, toelatingscriteria en gedragsregels;
 - naleving daarvan intern toetsen

Geregeld dienen te worden: praktijkinrichting, praktijkvoering en administratie, minimum bereikbaarheid (telefonisch of persoonlijk), vervangingsregeling, informatieplicht.
Sancties omschrijven en deze daadwerkelijk opleggen bij niet nakomen regels.
6. Bij- en nascholing verplicht stellen
7. Meewerken aan een patiëntvriendelijke procedure voor klachtenopvang en tuchtrecht
8. Spreiding van de voorzieningen bevorderen
9. Tarieven vaststellen die in overeenstemming zijn met de noodzakelijke investering en de geleverde inspanning, liefst in overleg met concumentenorganisaties
10. Open staan voor overleg met zorgverzekeraars over tarieven en eisen om behandelingen voor vergoeding in aanmerking te laten komen
11. Bereid zijn tot samenwerking met andere organisaties van beroepsbeoefenaren, patiënten, opleidingen etc. (met name te noemen in de modelovereenkomst)
12. Controle door een instantie mogelijk maken (met name te noemen in de modelovereenkomst)
13. Bereid zijn mee te werken aan onderzoek/externe evaluatie

III. Eisen door de beroepsorganisatie te stellen aan individuele hulpverleners

A. Ten aanzien van de relatie hulpverlener/patiënt

1. De hulpverlener zal het vertrouwen van de patiënt niet beschamen (bijvoorbeeld: door onnodige behandelingen te geven of overbodige medicatie voor te schrijven; door angst voor ziektes bij de patiënt op te roepen of aan te wakkeren)
2. De behandeling maakt geen inbreuk op de integriteit van de patiënt:
 - er wordt in principe geen druk uitgeoefend op de patiënt, de hulpverlener adviseert slechts
 - alle handelingen zijn erop gericht de patiënt zo goed en zo snel mogelijk onafhankelijk te maken of te houden van hulpverlening
 - de patiënt wordt als gelijkwaardig bejegend
 - de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wordt gerespecteerd
 - de patiënt heeft het recht een andere hulpverlener te consulteren
 - de hulpverlener houdt rekening met de levensbeschouwing van de patiënt
3. De hulpverlener toont voldoende aandacht voor de problemen die de patiënt hem/haar voorlegt en neemt voldoende tijd voor een consult (bijvoorkeur globaal aan te geven in beroepsprofiel)
4. De hulpverlener past in principe alleen behandelingen toe, waarvoor de patiënt (na voldoende te zijn geïnformeerd) toestemming heeft gegeven
5. De hulpverlener tracht een dusdanige vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen, dat deze problemen of onvrede met de behandeling kan uiten
6. De hulpverlener oefent onder eigen naam, met vermelding van discipline, praktijk uit, ook bij samenwerking in groepspraktijk of centrum; anoniem schuilgaan achter stichtingen en bureaus met (misleidende) andere namen is niet toegestaan
7. De hulpverlener stelt zich onafhankelijk/neutraal op tegenover commerciële instellingen of personen op medisch/farmacologisch terrein
8. Indien de hulpverlener de patiënt weigert (verder) te behandelen zal hij de reden hiervan (bij voorkeur schriftelijk) aan de patiënt meedelen.

B. Ten aanzien van het therapeutisch handelen

1. Bij elke handeling gaat de hulpverlener uit van de mens als een produkt van een groot aantal elkaar beïnvloedende interne en externe factoren (constitutie, leefmilieu, leefwijze, etc.); de hulpverlener zal bij voorkeur geen symptomen onderdrukken wanneer dat schadelijk is voor de mens als totaliteit.
In de beroepsprofielen van die disciplines waar dat van toepassing is moet onderscheid worden gemaakt tussen symptoom-onderdrukkende behandelingen met korte-termijn effect en een totaalbehandeling gericht op algehele verbetering van de konditie op lange termijn. Waar de vitaliteit van de patiënt dat toelaat dient de voorkeur gegeven te worden aan het laatste.
2. Preventie en voorlichting over de relatie tussen levensstijl en klachten en achtergrond van de behandeling dienen een belangrijke plaats in te nemen in het therapeutisch proces
3. Bij alle handelingen gaat de hulpverlener uit van het zelfhelend vermogen van de mens; dit wordt ondersteund, gewekt of geactiveerd, en slechts in uitzonderingsgevallen tegengewerkt
4. De behandeling moet erop gericht zijn groei en/of ontplooiing van de patiënt, juist door het overwinnen van zijn problemen of ziekte, mogelijk te maken en afhankelijkheid van de patiënt zoveel mogelijk te voorkomen
5. De hulpverlener moet door voldoende opleiding vakbekwaamheid hebben verworven ten aanzien van beroepsuitoefening, praktijkvoering, gebruikte hulpmiddelen etc. als omschreven in de beroepsprofielen
6. Door bij- en nascholing en het raadplegen van vakliteratuur houdt de hulpverlener de kennis en vaardigheden op peil
7. De hulpverlener onthoudt zich van handelingen waartoe hij niet is opgeleid
8. De hulpverlener neemt persoonlijk de volle verantwoordelijkheid voor elk therapeutisch handelen (schuift deze bijvoorbeeld niet af op auteurs, fabrikanten of entiteiten); bij het laten uitvoeren van handelingen door andere (niet zelfstandig bevoegde) hulpverleners blijft de eindverantwoordelijkheid bij de eerste (bevoegde) hulpverlener
9. De hulpverlener brengt zijn beroep niet in discrediet
10. De hulpverlener streeft naar overleg en/of samenwerking met andere betrokken hulpverleners, in algemene zin en ten behoeve van het welzijn van individuele patiënten; patiënten die elders beter of sneller geholpen kunnen worden, worden onverwijld doorverwezen; indien de patiënt door meerdere hulpverleners wordt behandeld, zal gewaakt worden voor ongewenste doorkruising
11. De hulpverlener zal nieuwe kennis of behandelingsmethodes niet voor zichzelf houden
12. De hulpverlener zal geen opdrachten aanvaarden die in strijd zijn met de beroepsethiek

C. Ten aanzien van de praktijkvoering

1. De hulpverlener komt gemaakte afspraken behoorlijk na
2. De hulpverlener draagt zorg voor een goede bereikbaarheid op duidelijk aangegeven dagen en uren
3. De hulpverlener draagt zorg voor opvang van spoedgevallen bij ziekte of afwezigheid waar het beroepsprofiel dat voorschrijft; de hulpverlener behoort een patiënt die een spoedeisende behandeling nodig heeft te behandelen, als hij daarvoor competent is
4. De hulpverlener geeft de patiënt voor of bij het eerste consult gedegen informatie, waar mogelijk schriftelijk (d.m.v. een folder of affiche in de wachtkamer) over:
 - de beroepsvereniging waar hij/zij lid van is
 - de eigen bevoegdheden en wat dat inhoudt
 - te verwachten kosten, duur en verloop van de behandeling
 - een reëel beeld van de therapeutische mogelijkheden
 - klachtenprocedures
5. De hulpverlener werkt volgens een vast systeem van evaluatie of maakt, in overleg met de patiënt, een flexibel behandelplan, waarin een eerste doel wordt omschreven en waarin wordt vastgelegd op welk moment evaluatie zal plaatsvinden (eerste evaluatie uiterlijk na drie maanden)
6. De hulpverlener houdt nauwkeurig dossiers bij van het verloop van de behandeling en verzamelt daarin slechts die gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn.
7. De hulpverlener zorgt voor een hygiënische en de privacy beschermende praktijkruimte
8. Het is praktijken (uitgezonderd apothekhoudende huisartsen) verboden om voorgeschreven of geadviseerde preparaten zelf te verkopen, hetzij via de eigen praktijk, hetzij via een eigen handelsfirma en door tussenkomst van een apotheek, drogist of reformhandel. Speciale regelingen zijn mogelijk voor acuut toe te dienen middelen. Ook het ontvangen van provisie op voorgeschreven of aanbevolen preparaten is verboden. In uitdrukkelijk omschreven gevallen van minimale doseringen als b.v. homeopathie en bloesemtherapie of voor elders niet verkrijgbare preparaten kan ontheffing worden verleend (eventueel met een maximum bedrag per consult)
9. De hulpverlener zal inspectie door bevoegde instanties, zoals genoemd in modelovereenkomst, of de beroepsvereniging ongehinderd toelaten tot de praktijk en zonodig ook tot dossiers (mits met schriftelijke toestemming van de betrokken patiënten)

IV. Wat mag de hulpverlener van de patiënt verwachten

1. De patiënt schenkt de hulpverlener het vertrouwen dat deze gezien zijn status (keurmerk) verdient; hij zal de hulpverlener een redelijke tijd gunnen om effect te bereiken met de benadeling (naar verhouding tot de ernst en de duur van de klacht)
2. De patiënt respecteert de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en zet de hulpverlener niet onder druk en stelt geen onredelijke eisen t.a.v. aandacht en beschikbaarheid waardoor de zorg voor andere patiënten of het privéleven van de hulpverlener in het gedrang komen
3. De patiënt is zich bewust van de eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en stelt zich niet onnodig afhankelijk op.
4. De patiënt respecteert de levensbeschouwing van de hulpverlener
5. De patiënt geeft de hulpverlener alle informatie die deze nodig kan hebben voor een verantwoorde behandeling:
 - over eerder ondergane behandelingen
 - over eerder gestelde diagnoses
 - over gelijktijdig lopende behandeling(en)
 - over gebruikte zelfmedicatie
 - over mogelijke verbanden tussen de klachten en de eigen leefwijze of voedingsgewoonten
 - over niet opvolgen van adviezen of innemen van voorgeschreven medicatie
6. De patiënt volgt de adviezen van de hulpverlener in redelijkheid op of bespreekt eventuele problemen daarbij met de hulpverlener
7. De patiënt komt gemaakte afspraken behoorlijk na, zowel ten aanzien van geboekte consulten als betaling van de kosten
8. De patiënt zal eventuele klachten over de hulpverlener in principe eerst aan de betrokkene kenbaar maken, zonodig meewerken aan bemiddeling door derden en pas daarna een klacht indienen bij de daartoe bevoegde instantie.

Belangrijkste bronnen:

1. Advies Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen, NRV, 1990.
2. Beroepscodes, reglementen en tuchtrecht van ± 15 beroepsorganisaties AG.
3. Modelregeling arts/patiënt, KNMG/LPCP, 1990
4. Ja kun je krijgen, LP/CP, oktober 1989

Bijlagen: Beroepsprofielen en opleidingen.

Bijlage 1. Beroepsprofielen.

Voor het bereiken van het uiteindelijke doel: keurmerk en registratie, is het noodzakelijk dat er op korte termijn uniforme beroepsprofielen beschikbaar zijn voor de hoofddisciplines in de alternatieve gezondheidszorg. Het beroepsveld zal het eens moeten worden over een minimum aantal hoofdprofielen, waarbinnen een uitwerking van verschillende variaties mogelijk is. Vanuit het belang van de patiënt gezien zou de indeling vooral moeten gebeuren op basis van bevoegdheid tot het verrichten van specifieke handelingen als lichamelijk onderzoek, injecties geven, manipulatie van wervelkolom en gewrichten, voorschrijven van medicatie etc.

Aan de hand van een analyse van de mogelijke toepassingen van een bepaalde therapievorm zal bezien worden welk niveau van medische scholing van de therapeut benodigd is. Naast de verzekering van een verantwoorde behandeling van de patiënt speelt hier ook het belang van een verdere ontwikkeling van de betreffende geneeswijze. Voorkomen moet worden dat categorieën aandoeningen van behandeling uitgesloten blijven door een onvoldoende niveau van medische scholing en autonomie van de behandelaar.

In de boven uitgewerkte criteria wordt herhaaldelijk verwezen naar de rol die de beroepsprofielen zouden moeten spelen. We zetten voor het gemak nog even op een rij, welke onderwerpen er in een beroepsprofiel uitgewerkt dienen te worden, wil het die rol kunnen vervullen.

1. algemene omschrijving van de uitgangspunten en kenmerken van de therapie
2. vereiste opleiding(en) en bijbehorende werkniveaus
3. bevoegdheden en beperkingen, opgesplitst naar niveau, vast te leggen in onderwijsdoelen
4. regeling van aanvullende disciplines (bijvoorbeeld: een electro-acupuncturist mag met een voldoende aanvullende opleiding wel homeopathische middelen voorschrijven, maar mag zich niet als homeopaat kenbaar maken)
5. regelingen voor behoud van kwaliteit, zoals gedragsregels, bij- en nascholing, toetsing etc.
6. in grote lijnen aangeven hoeveel tijd en inspanning een kwalitatief goede behandeling vergt, bijvoorbeeld door richtlijnen te geven voor consulttijden, behandel- en evaluatieschema's
7. beroepsspecifieke regels t.a.v. praktijkvoering (ruimte, hygiëne, bereikbaarheid en vervanging etc.)
8. beroepsspecifieke regels t.a.v. het therapeutisch handelen (bijvoorbeeld bij de keuze tussen korte- of lange termijn effect)

Bijlage 2. Opleidingen.

Om meer duidelijkheid en eenheid te creëren in de beroepsuitoefening is het van groot belang dat de opleidingen zo veel mogelijk gestandaardiseerd worden. We zouden de volgende opleidingsmogelijkheden wensen:

- aanvullende opleiding/specialisatie voor reguliere artsen
- algemeen vormende HBO opleiding voor zelfstandig werkende therapeuten, met keuzemogelijkheid in diverse afstudeerrichtingen
- aanvullende specialisaties voor HBO therapeuten
- overige opleidingen (bijvoorbeeld voor paranormale genezers of "assistenten")

De bestaande therapeuten-opleidingen moeten worden doorgelicht en kunnen, indien ze aan een nauwkeurig te omschrijven standaard voldoen, worden voorzien van het predikaat HBO. Vervolgens dienen deze opleidingen en hun (eind)examens onder toezicht te komen van de (koepels van) beroepsorganisaties. De beroepsorganisaties zullen samen met de opleidingsinstituten inhaalprogramma's moeten opstellen om afgestudeerden (waar nodig) mee te laten groeien met het niveau van de opleiding, zodat de waarde van het diploma behouden kan blijven (uit te voeren d.m.v. bijscholingscertificaten).

Er zal gewerkt moeten worden aan het vormen van een kader van bevoegde docenten voor de diverse opleidingen; afhankelijk van het geclaimde niveau dienen er eisen gesteld te worden aan de docenten (in elk geval voor de hoofdvakken).

Wij zouden verder graag zien dat de opleidingen ook aandacht besteden aan algemene oriëntatie op het alternatieve veld ter bevordering van goede samenwerking en verwijzing.

Er wordt naar gestreefd het onderwijs in de alternatief-geneeskundige disciplines als volwaardige medische beroepen op de medische faculteiten te integreren. Te denken valt aan een opleiding die qua medische vaardigheden en bevoegdheden parallel loopt aan de reguliere medische studie.

BIJLAGE 3

Enquête

Stand van zaken kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen

Toelichting

Onder de term alternatieve genees-/behandelwijze(n) verstaan wij in deze vragenlijst ook: complementaire-, niet reguliere-, additieve genees-/behandelwijze(n), enzovoorts.

Wilt u aankruisen wat op uw organisatie van toepassing is? Er bestaan geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Het is een lijst van zaken die aanwezig zouden **kunnen** zijn, maar niet noodzakelijk zouden **moeten** zijn.

Bij vele vragen kunnen meerdere antwoorden worden aangekruist.

U kunt altijd bellen voor toelichting op de vragen naar:
Mw I.A. Miltenburg, Mw E.M. Sluijs of dhr G.J. Visser
telefoon: 030 2319946



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon 030 2319946

DE ORGANISATIE

2. Wat is de rechtspersoon van uw organisatie?

- stichting
- vereniging
- anders, namelijk

3. Met betrekking tot de *organisatiestructuur* beschikt uw organisatie over:

- statuten
- huishoudelijk reglement
- anders, namelijk

4. Maakt de organisatie deel uit van/is de organisatie gelieerd aan:

- AAG
- ANG
- Het Verbond
- RING
- een andere koepelorganisatie of externe organisatie, namelijk
- geen van deze

5. Hoeveel leden (of: contribuanten) telt uw organisatie? (Indien van toepassing, vragen wij u een onderscheid te maken tussen praktizerende leden (d.w.z. leden die patiënten/cliënten behandelen) en overige leden (sympathisanten, aspirant-leden, ereleden, buitengewone leden e.d.)

leden die als therapeut werkzaam zijn:

overige leden:

totaal aantal leden:

6. Wordt door uw organisatie een ledenlijst bijgehouden?

- ja
- nee, ga door naar vraag 8

7. Zo ja, wordt de ledenlijst van de organisatie voor niet-commercieel gebruik beschikbaar gesteld aan verwijzers of patiënten(organisaties)?

- ja, zonder meer
- alleen in bijzondere gevallen
- nee

De volgende vragen hebben uitsluitend betrekking op praktizerende leden.

8. Kunt u een schatting geven van het vóórkomen van part-time en full-time werken bij praktizerende leden? (in percentages van het aantal praktizerende leden)?

full-time werkend	% van de werkende leden
niet full-time, maar meer dan 12 u.p.w. werkend	% van de werkende leden
niet meer dan 12 uur p.w. werkend	% van de werkende leden
anders	% van de werkende leden

9. **Komt het voor dat leden in een duo-praktijk of groepspraktijk samenwerken?**
 ja, naar schatting ..% van de werk. leden werkt in een duo- of groepsprak.
 nee
10. **Kent de organisatie een beroepsregister?** (dat is: een register waarin praktizerende leden opgenomen zijn die voldoen aan de door uw organisatie gestelde eisen)
 de organisatie heeft een eigen beroepsregister
 de organisatie maakt gebruik van het register van een koepel of externe org.
 er is nog geen beroepsregister, maar dat is wel het plan
 er is geen beroepsregister en dat is ook niet het plan
11. **Zijn de praktizerende leden herkenbaar voor patiënten/cliënten?**
 Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 nee
 ja, via een deurplaat of schild
 ja, via openbaarheid van het beroepsregister
 ja, via een informatiefolder/-brochure voor patiënten/cliënten
 ja, via het tijdschrift/periodiek van de beroepsorganisatie
 anders, namelijk

OPLEIDING VOOR DE GENEES-/BEHANDELWIJZE(N)

12. **Is er een opleiding in de door uw leden toegepaste genees-/behandelwijze(n)?**
 nee, ga door naar vraag 18
 ja
 anders, namelijk
13. **Wie verzorgt de opleiding in de door de leden toegepaste genees-/behandelwijze(n)?**
 Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 de beroepsorganisatie zelf verzorgt de opleiding
 een of meer onafhankelijk(e) opleidingsinstitu(u)ten verzorgt/en de opleiding
 anders, namelijk
14. **Wat is de minimale opleidingsduur/periode in de door de leden toegepaste genees-/behandelwijze(n)?**
 onbekend
 1 week
 2 - 8 weken
 2 - 6 maanden
 6 maanden - 1 jaar
 1 jaar - 2 jaar
 2 jaar - 3 jaar
 3 jaar - 4 jaar
 meer dan 4 jaar
 anders, namelijk

15. **Hoeveel *dagdelen* neemt deze opleiding gedurende deze periode feitelijk in beslag?** (Het gaat alleen om de opleidingsuren. Een voorbeeld: een driejarige opleiding bestaande uit acht weekenden (acht maal vijf dagdelen = 40 dagdelen) per jaar, telt dus 3 jaar x 40 dagdelen = 120 dagdelen).
..... dagdelen aan opleidingsuren
16. **Welk *regulier* schooldiploma moeten uw leden minimaal hebben om de opleiding voor de toegepaste genees-/behandelwijze(n) te mogen volgen?**
- geen schooldiploma's
 - minimaal wettelijk lagere school
 - minimaal wettelijk MAVO
 - minimaal wettelijk HAVO
 - minimaal wettelijk VWO
 - minimaal wettelijk LBO niveau (dat is: lager beroepsonderwijs)
 - minimaal wettelijk MBO niveau (dat is: middelbaar beroepsonderwijs)
 - minimaal wettelijk HBO niveau (dat is: hoger beroepsonderwijs)
 - minimaal paramedische opleiding (tot fysiotherapeut, diëtist enz.)
 - minimaal verpleegkundige opleiding
 - minimaal artsenopleiding
 - minimaal universitair geschoold maar niet medisch (psycholoog, bioloog enz.)
 - anders, namelijk
17. **Aan welke *alternatieve* opleidingseisen moeten uw leden voldoen om de opleiding voor de toegepaste genees-/behandelwijze(n) te mogen volgen?**
- geen alternatieve opleidingseisen
 - aantoonb. kennis vd door de leden toegepaste alt. genees-/behandelwijze(n)
 - anders, namelijk

LIDMAATSCHAP

18. **Welke opleidingseisen stelt uw organisatie aan het lidmaatschap van de praktizerende leden?** Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- aantoonbare kennis van de door de leden toegepaste alternatieve genees-/behandelwijze(n)
 - voltooide stage in de door de leden toegepaste alternatieve genees-/behandelwijze(n)
 - voltooide opleiding in de door de leden toegepaste alternatieve genees-/behandelwijze(n)
 - aantoonbare medische basiskennis
 - in bezit zijn van een regulier schooldiploma, namelijk minimaal
 - anders, namelijk
19. **Met betrekking tot het *lidmaatschap* van de praktizerende leden beschikt uw organisatie over:**
- criteria (op schrift) voor het lidmaatschap
 - idem, voor opname in het beroepsregister
 - idem, voor het toekennen van een licentie of vergunning
 - anders, namelijk

BIJ- EN NASCHOLING IN ALTERNATIEVE GENEES-/BEHANDELWIJZE(N)

Het gaat uitsluitend om bij- en nascholing in het kader van de alternatieve genees-/behandelwijze(n) (Dus niet reguliere bij- en nascholing in bijvoorbeeld fysiotherapie, huisartsgeneeskunde en dergelijke.)

20. Bestaan er mogelijkheden voor bij- en nascholing in de alternatieve genees-/behandelwijze(n) door de leden?

- nee, ga door naar vraag 29
- ja
- onbekend

21. Zo ja, in welke vorm? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- er bestaan *interne* vormen van bij- en nascholing (intern = verzorgd door de beroepsorg. of de leden zelf, bijv. lezingen, voordrachten, interne curs. e.d.)
- extern* georganiseerde vormen van bij- of nascholing (extern = verzorgd door organisaties of instanties buiten de beroepsvereniging)

De volgende vragen gaan over **INTERN** georganiseerde vormen van bij- en nascholing in het kader van de alternatieve genees-/behandelwijze(n). (**INTERN** = verzorgd door de beroepsorganisatie of de leden zelf.)

22. Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat (minimaal eens per twee jaar) aanwezig is bij *intern* georganiseerde lezingen, voordrachten en dergelijke? (exclusief cursussen)

- ja, naar schatting.....% van de praktizerende leden
- nee, een schatting is moeilijk te geven
- niet van toepassing

23. Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat geregeld (minimaal eens per twee jaar) interne cursussen volgt?

- ja, naar schatting% van de praktizerende leden
- nee, een schatting is moeilijk te geven
- niet van toepassing

24. Is het volgen van deze vormen van *interne* bij- en nascholing verplicht gesteld voor de leden van de organisatie?

- nee, maar dat is wel het plan
- nee, en dat is ook niet het plan
- ja, zo ja, wilt u specificeren welke vorm van interne na- en bijscholing verplicht is?

De volgende vragen gaan over **EXTERN** georganiseerde vormen van bij- en nascholing in het kader van de alternatieve genees-/behandelwijze(n). (**EXTERN** = verzorgd door organisaties of instanties buiten de beroepsvereniging.)

25. Heeft de organisatie een overzicht van het *externe* aanbod aan bij- en nascholing?

- nee, maar het is wel het plan een overzicht te maken
- nee, het is niet het plan een overzicht te maken
- ja

26. Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat geregeld deelneemt (minimaal eens per twee jaar) aan externe bij- en nascholing?
- ja, naar schatting% van de praktizerende leden
- nee, een schatting is moeilijk te geven
- niet van toepassing
27. Is het volgen van externe bij- en nascholing verplicht gesteld voor de leden van de organisatie? Zo ja, hoe vaak?
- ja, namelijk eens per jaar
- nee, maar dat is wel het plan
- nee, en dat is ook niet het plan
28. Heeft uw organisatie plannen om normen te gaan stellen aan de kwaliteit van de bij- en nascholing (denk aan het toekennen van een kwaliteitsstempel of aan erkenning door uw organisatie).
- nee, en dat is ook niet het plan
- nee, maar dat is wel het plan
- ja
- anders, namelijk

REGELS EN NORMEN M.B.T. DE BEROEPSUITOEFENING VAN DE ALTERNATIEVE GENEES-/BEHANDELWIJZE(N)

De volgende vragen gaan over normen en regels die gelden voor praktizerende leden. Het gaat om regels die geldig zijn binnen uw organisatie, ook indien zij opgesteld zijn door derden (AAG, ANG, RING e.d.).

Er zijn drie antwoordmogelijkheden:

- nee, er zijn nog *geen* regels en normen
- ja, er zijn *mondelijke* regels en normen (d.w.z. die niet op schrift zijn gesteld)
- ja, er zijn regels en normen op *schrift* (in een reglement, bindende notitie, handboek en dergelijke)

Wilt u aankruisen wat voor uw organisatie van toepassing is?

29. Met betrekking tot het toepassen van de alternatieve genees-/behandelwijze(n) beschikt uw organisatie over:

	nee	ja monde- ling	ja schrif- telijk
- een omschrijving vd door de leden toegepaste genees-/behandelwijze(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een omschrijving v.d. deskundigheden en vaardigheden van de leden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- protocollen, standaarden of richtlijnen met betrekking tot de beroepsuitoefening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor het al dan niet voorschrijven van medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor het al dan niet stellen van een diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor andere specifieke handelingen, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening beschikt uw organisatie over:

	nee	ja monde- ling	ja schrif- telijk
- regels/normen voor de inrichting van de praktijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor het bewaken van hygiëne (en eventueel steriliteit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor patiënten/cliënten-status of -dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor de tarieven van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor de bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Met betrekking tot de attitude/het gedrag van de leden beschikt uw organisatie over:

	nee	ja monde- ling	ja schrif- telijk
- regels/normen over de manier waarop de privacy van patiënten/cliënten is gewaarborgd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedragscode/regels voor het omgaan met patiënten/cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedragscode/regels voor het omgaan met collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen vd overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Met betrekking tot de opvang van klachten beschikt uw organisatie over:

	nee	ja monde- ling	ja schrif- telijk
- intern tuchtrecht/verenigingstuchtrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- reglement voor klachtbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- reglement voor een klachtencommissie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Met betrekking tot de relatie tot de reguliere (gezondheids)zorg beschikt uw organisatie over:

	nee	ja monde- ling	ja schrif- telijk
- informatie voor reguliere zorgverleners over de toegepaste genees-/behandelwijze(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- info over de begrenzing vd aandoeningen en klachten die behandeld worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor de samenwerking met huisartsen en andere reguliere zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor informatie-uitwisseling/overdracht over de behandeling van patiënten/cliënten met reguliere zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regels/normen voor doorverwijzing van patiënten/cliënten naar huisartsen of de reguliere gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERCOLLEGIALE KWALITEITSBEWAKING EN -VERBETERING

34. **Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat participeert in *intercollegiaal overleg*? (dat is: onderling overleg tussen collega's, over patiënten en/of de beroepsuitoefening)** We maken onderscheid in incidentele participatie en structurele participatie (= minimaal eens per twee maanden).
- ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert incidenteel
 - ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert structureel
 - nee, een schatting is moeilijk te geven
 - niet van toepassing
35. **Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat participeert in *supervisie*? (dat is: werkbegeleiding door ervaren collega's)** We maken onderscheid in incidentele participatie en structurele participatie (= minimaal eens per twee maanden).
- ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert incidenteel
 - ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert structureel
 - nee, een schatting is moeilijk te geven
 - niet van toepassing
36. **Kunt u een schatting geven van het percentage praktizerende leden dat participeert in *intercollegiale toetsing*? (intercollegiale toetsing houdt in dat collega's elkaars werk beoordelen aan de hand van meetbare normen of criteria)** We maken onderscheid in incidentele participatie en structurele participatie (= minimaal eens per twee maanden).
- ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert incidenteel
 - ja, naar schatting% van de praktizerende leden participeert structureel
 - nee, een schatting is moeilijk te geven
 - niet van toepassing

KWALITEITSBELEID VAN UW ORGANISATIE

37. **Heeft uw organisatie een beleidsplan waarin de doelstellingen en plannen met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering zijn omschreven?**
- nee, maar dat is wel het plan
 - nee, en dat is ook niet het plan
 - ja
38. **Wat zijn voor uw org. prioriteiten t.a.v. kwal.bewaking en -verbetering?**
.....
39. **Op welke wijze stimuleert uw organisatie de betrokkenheid van leden bij het kwaliteitsbeleid van de organisatie?** Er zijn meerdere antw. mogelijk.
- dat doet de organisatie niet, maar dat is wel het plan
 - dat doet de organisatie niet en dat is ook niet het plan
 - voornamelijk via mondelinge contacten
 - via berichtgeving in het tijdschrift/bulletin/blad van de organisatie
 - anders, namelijk

- 40. Op welke wijze bewaakt (het bestuur, de leiding van) de organisatie de kwaliteit van de praktizerende leden?** Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- dat doet de organisatie niet, maar dat is wel het plan
 - dat doet de organisatie niet, en dat is ook niet het plan
 - via sociale controle
 - naar aanleiding van klachten over een lid
 - via een systeem van visitatie door de organisatie
 - via verplichte herregistratie (het lidmaatschap moet periodiek vernieuwd worden)
 - via beoordeling door patiënten/cliëntenorganisaties
 - via beoordeling door reguliere zorgverleners
 - anders, namelijk
- 41. Wordt binnen uw organisatie met behulp van vragenlijsten onderzocht in hoeverre patiënten/cliënten tevreden zijn over de verleende zorg?** Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- onbekend
 - dat wordt niet gedaan, maar dat is wel het plan
 - dat wordt niet gedaan, en dat is ook niet het plan
 - ja, leden doen incidenteel onderzoek naar de tevredenheid van eigen patiënten/cliënten
 - ja, leden doen routinematig (eens per twee jaar) onderzoek naar de tevredenheid van eigen patiënten/cliënten
 - ja, de organisatie doet incidenteel onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten
 - ja, de organisatie doet routinematig (eens per twee jaar) onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten
 - anders, namelijk
- 42. Hebben praktizerende leden of heeft uw org. een schriftelijke overeenkomst met patiënten-/consumentenorganisaties of zorgverzekeraars?**
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- onbekend
 - nee, dat is wel het plan
 - nee, dat is niet het plan
 - ja, leden hebben een schrift. overeenkomst met patiënten-/consumentenorg.
 - ja, leden hebben een schriftelijke overeenkomst met zorgverzekeraars
 - ja, de org. heeft een schrift. overeenkomst met patiënten-/consumentenorg.
 - ja, de organisatie heeft een schrift. overeenkomst met zorgverzekeraars
 - anders, namelijk

KLACHTENOPVANG

- 43. Functioneert in uw organisatie een klachtencommissie?**
- nee, maar dat is wel het plan (ga door naar vraag 45)
 - nee, en dat is ook niet het plan (ga door naar vraag 45)
 - ja
 - onbekend

- 44. Zo ja, hoe is deze klachtencommissie samengesteld?**
- samengesteld uit leden van de beroepsorganisatie
 - samengesteld uit leden van de beroepsorg. en een onafhankelijke partij
 - anders, namelijk
 - onbekend
- 45. Wordt door uw organisatie een registratie bijgehouden van binnengekomen klachten?**
- nee, maar dat is wel het plan (ga door naar vraag 47)
 - nee, en dat is ook niet het plan (ga door naar vraag 47)
 - ja
 - onbekend
- 46. Zo ja, wordt de klachtenregistratie systematisch gebruikt om verbeteringen in de beroepsuitoefening aan te brengen?**
- nee, maar dat is wel het plan
 - nee, en dat is ook niet het plan
 - ja
 - onbekend

ONDERSTEUNING DOOR HET CBO

De organisaties in het alternatieve veld kunnen een beroep doen op het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) voor ondersteuning bij het formuleren en uitvoeren van hun kwaliteitsbeleid (Het CBO heeft sinds 1979 ervaring opgedaan in het ontwikkelen en invoeren van methodieken voor kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering).

- 47. Bij welke activiteiten gericht op kwaliteitsbewaking/-verbetering heeft uw organisatie behoefte aan ondersteuning?**
- geen behoefte aan ondersteuning
 - wel behoefte aan ondersteuning, namelijk bij de volgende activiteiten:
-

- 48. Aan wat voor soort ondersteuning heeft uw organisatie behoefte?**
-

WIJ DANKEN U HARTELIJK VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

WILT U DE LIJST IN DE BIJGEVOEGDE ANTWOORDENVELOPPE AAN ONS RETOURNEREN?

WILT U DE TWEDE ANTWOORDENVELOPPE GEBRUIKEN VOOR HET TOESTUREN VAN DOCUMENTEN OVER UW ORGANISATIE?

BIJLAGE 4 PANELBIJEEENKOMSTEN T.B.V. HET REFERENTIEKADER

Inhoudsopgave:

1. Gevolgde procedure panelbijeenkomsten
2. Korte samenvatting van de discussie
3. Deelnemerslijsten panelbijeenkomsten

1 GEVOLGDE PROCEDURE PANELBIJEENKOMSTEN

Doel. Op 24 oktober en 14 november zijn twee panelbijeenkomsten georganiseerd met als doel het ontwikkelen van een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid van het alternatieve veld. In de eerste bijeenkomst hebben de panelleden zich uitgesproken over het belang van de verschillende elementen van een kwaliteitsbeleid. In de tweede bijeenkomst stond de concrete inhoud van kwaliteitsnormen centraal.

Deelnemers. Voor de panelbijeenkomsten waren in totaal 30 deelnemers uitgenodigd. Onder hen waren de leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek. Daarnaast waren deelnemers op persoonlijke titel uitgenodigd omdat zij deskundig zijn op het gebied van de alternatieve genees- en behandelwijzen en/of op het gebied van kwaliteitszorg. Verder waren vertegenwoordigers van koepelorganisaties van het alternatieve veld, patiënten-/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars uitgenodigd. Vertegenwoordigers van beroepsorganisaties zelf waren niet uitgenodigd omdat het niet mogelijk bleek een onderbouwde keuze te maken uit de meer dan honderd organisaties. Het concept-referentiekader is wel voor commentaar aan alle beroepsorganisaties toegestuurd.

In totaal waren 23 deelnemers op de eerste panelbijeenkomst aanwezig en 23 deelnemers op de tweede panelbijeenkomst. Zie de deelnemerslijst op de volgende pagina's.

Prioriteitenlijst. Tijdens de eerste panelbijeenkomst werden de verschillende elementen van een kwaliteitsbeleid besproken. De centrale vraag was welke elementen in principe van belang zijn voor de kwaliteitszorg in het alternatieve veld. Een verslag van de panelbijeenkomsten vindt u op de hiernavolgende pagina's.

Na de discussie werd aan de deelnemers gevraagd een prioriteitenlijst in te vullen. Op deze lijst kon het belang van elk onderdeel op een vijfpuntschaal worden aangegeven. De minimum score was 6 (belangrijk) en de maximum score was 10 (zeer belangrijk). Alle deelnemers hebben deze lijst ingevuld. Vervolgens is het gemiddelde berekend. Het resultaat is een lijst met in rapportcijfers uitgedrukt hoe belangrijk de verschillende onderdelen zijn volgens de panelleden. Op de lijst (zie volgende pagina's) is te zien dat alle onderdelen van groot belang worden geacht.

Concrete kwaliteitsnormen. Ter voorbereiding van de tweede panelbijeenkomst zijn de diverse onderdelen van het kwaliteitsbeleid nader uitgewerkt in concrete kwaliteitsnormen. Deze concrete kwaliteitsnormen zijn voor commentaar voorgelegd aan de panelleden, waarbij getracht werd consensus te bereiken. Voor de uitslag van de prioriteitentoekenning zie pagina 88 en 89.

OVERZICHT VAN DE GEMIDDELDE SCORE PER THEMA EERSTE PANELBIJEENKOMST

(6= belangrijk, 10= zeer belangrijk)

Reguliere opleidingseisen	9.0
Bij- en nascholingsmogelijkheden	9.7
Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten	9.8
Regels/normen met betrekking tot het toepassen van de geneeswijze	9.7
Regels/normen met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening	9.1
Regels/normen met betrekking tot attitude en gedrag	9.6
Regels/normen met betrekking tot de opvang van klachten	9.7
Regels/normen met betrekking tot de relatie met de reguliere zorg	8.9
Intercollegiale kwaliteitsbewaking	8.7

OVERZICHT VAN DE GEMIDDELDE SCORE PER ACTIVITEIT

(6= belangrijk, 10= zeer belangrijk)

Thema: (reguliere) opleiding

Een opleiding in de behandel-/geneeswijze	9.8
Eisen m.b.t. het reguliere opleidingsniveau	8.4

Thema: nascholingsmogelijkheden

Interne na- en bijscholingsmogelijkheden	9.3
Externe na- en bijscholingsmogelijkheden	9.2

Thema: beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten

Een beroepsregister	9.6
Herkenbaarheid van therapeuten voor patiënten/cliënten	9.7

Thema: regels/normen voor het toepassen van de geneeswijze

Een omschrijving van de genees-/behandelwijze	9.3
Een omschrijving van de vereiste deskundigheden	9.7
Protocollen, richtlijnen of standaarden	8.7
Regels/normen m.b.t. het voorschrijven van medicijnen	9.2
Regels/normen voor het stellen van de diagnose	9.2

Thema: regels/normen voor de organisatie van de zorgverlening

Regels/normen voor de praktijkinrichting	8.4
Regels/normen voor bewaking van de hygiëne	8.8
Regels/normen voor patiënten/cliëntenstatus of dossier	9.4
Regels/normen voor de tarieven van de behandeling	8.5
Regels/normen voor de bereikbaarheid	8.6

Thema: regels/normen m.b.t. attitude en gedrag

Regels/normen m.b.t. de privacybescherming van patiënten	9.7
Gedragscode/regels m.b.t. de omgang met patiënten/cliënten	9.7
Gedragscode/regels m.b.t. het omgaan met collega's	8.4
Regels/normen m.b.t. overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten	9.2

Thema: regels/normen m.b.t. de opvang van klachten

Een intern tuchtrecht	9.0
Een reglement voor klachtbehandeling	9.7
Een reglement voor een klachtencommissie	9.5
Het functioneren van een klachtencommissie	9.6

Thema: regels/normen m.b.t. de relatie met de reguliere zorg

Informatie over de behandelwijze voor reguliere zorgverleners	8.8
Informatie over de begrenzing van te behandelen aandoeningen	9.3
Regels/normen m.b.t. samenwerking met reguliere zorgverleners	8.8
Regels/normen m.b.t. informatie-uitwisseling/patiëntenoverdracht	9.0
Regels/normen m.b.t. doorverwijzing naar de reguliere zorg	9.2

Thema: (intercollegiale) kwaliteitsbewaking

Intercollegiaal overleg	9.0
Supervisie	8.7
Intercollegiale toetsing	8.5
De beroepsorganisatie bewaakt de kwaliteit van haar leden	9.7
De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt onderzocht	9.2

UITSLAG PRIORITEITENTOEKENNING TWEDE PANELBIJeenKOMST

Normen waaraan door 10 deelnemers of meer hoge prioriteit is toegekend (N=21; normen staan in volgorde van frequentie)¹

Normen:

6.	Vereiste deskundigheden	19x
3.	Beroepsregister	14x
5.	Genees-/behandelwijze	14x
1b.	Aanvullende opleidingseisen	13x
16.	Omgang met patiënten/cliënten	13x
1a.	Reguliere opleidingseisen	12x
9.	Stellen van de diagnose	12x
4.	Herkenbaarheid van therapeuten	11x
19.	Klachtenregeling	11x
24.	Kwaliteitsbewaking door de beroepsorganisatie	10x

Normen waaraan door 10 deelnemers of meer gemiddelde prioriteit is toegekend (N=21; normen staan in volgorde van frequentie)

Normen:

23a.	Intercollegiaal overleg	13x
14.	Bereikbaarheid	12x
2.	Interne en externe bij- en nascholingsmogelijkheden	10x
8.	Voorschrijven van medicijnen	10x
11.	Bewaking van de hygiëne	10x
15.	Bescherming van de privacy	10x
18.	Overdracht en nazorg	10x
20.	Intern tuchtrecht	10x
22.	Samenwerking met reguliere zorgverleners	10x

¹ Behalve deze normen zijn door de deelnemers toegevoegd: inzicht in de te verwachten effecten (1x), de organisatie vraagt van haar leden de LOPAG-criteria (voor zover niet al geregeld in eigen structuur) te onderschrijven (1x), de organisatie maakt duidelijk welke elementen van haar kwaliteitsbeleid gericht zijn op kwaliteitsbewaking en welke op kwaliteitsbevordering (1x), de organisatie maakt duidelijk op welke wijze zij haar kwaliteitsbeleid heeft afgestemd op de ISO-systematiek (kwaliteitscycli) (1x).

Normen waaraan door 10 deelnemers of meer lage prioriteit is toegekend (N=21; normen staan in volgorde van frequentie)²

Normen:

17. Omgaan met collega's	16x
23b. Supervisie	15x
23c. Intercollegiale toetsing	13x
10. Praktijkinrichting	10x
13. Tarieven	10x

Normen waaraan evenveel hoge, gemiddelde als lage prioriteit door deelnemers is toegekend (N=21)³

Normen:

7. Protocollen, richtlijnen of standaarden
12. Patiënten/cliëntenstatus of dossier
21. Informatie over de behandelwijze
25. Onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten

² Behalve deze normen zijn door de deelnemers toegevoegd: Fona-beleid (1x), continue registratie van behandelingsgegevens (1x), beroepsorganisatie (1x), controle van buitenaf op de toepassing van de toegezegde criteria (1x).

³ Behalve deze normen zijn door de deelnemers toegevoegd: beroepsprofiel (4x).

2 KORTE SAMENVATTING VAN DE DISCUSSIE

Ter voorbereiding van het referentiekader zijn twee panelbijeenkomsten georganiseerd. In het onderstaande zijn de resultaten van de discussie samengevat, voorzover die van betekenis zijn geweest bij het opstellen en later herzien van het kader.

Algemeen

In het algemeen wordt de noodzaak van een kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld onderschreven. Benadrukt wordt dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg een *continu, cyclisch proces* is - en dus nooit 'klaar'. Ook is duidelijk dat de beroepsorganisatie de kwaliteit continu moet bewaken door na te gaan of de beroepsbeoefenaars nog aan de gestelde normen voldoen. Bij ieder onderdeel van het referentiekader moet die bewaking expliciet worden genoemd.

Bij het opstellen van het referentiekader moet rekening worden gehouden met *bestaande wet- en regelgeving*. Er moet vanuit worden gegaan dat alle beroepsbeoefenaars zich aan de wet houden. Wel staat het de organisaties uiteraard vrij desgewenst 'verder' te gaan dan de wet voorschrijft. Naast wettelijke voorschriften bestaan op het gebied van de kwaliteitszorg ook *reeds door anderen opgestelde regels en normen*, zoals de LOPAG-criteria en bestaande tucht- en klachtenregelingen. Aangegeven moet worden hoe het referentiekader zich tot die reeds bestaande vormen van reglementering verhoudt.

In een *beroepsprofiel* wordt omschreven aan welke eisen een beroepsbeoefenaar moet voldoen om het beroep adequaat te kunnen uitoefenen. Een aantal beroepsorganisaties heeft reeds een dergelijk beroepsprofiel vastgelegd. De vorm en inhoud van die profielen loopt uiteen. Overwogen moet worden in het referentiekader aan te geven aan welke eisen een goed beroepsprofiel moet voldoen.

Het *formuleren van een kwaliteitsbeleid* is in de eerste plaats een aangelegenheid van de beroepsorganisaties zelf. Zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) kunnen daar invloed op uitoefenen. Op den duur zou de kwaliteit van de hulpverlening ook extern getoetst moeten gaan worden. De koepels kunnen daarbij een rol spelen, maar ook - bijvoorbeeld - een op te zetten drie-partijen-overleg van verzekeraars, behandelaars en patiënten.

Als in het referentiekader iets wordt gezegd over de *effecten van de behandeling* - of over de manier waarop die effecten inzichtelijk moeten worden gemaakt - moet dat zorgvuldig worden geformuleerd.

Opleiding, bij- en nascholing

Om tot een beroepsvereniging te worden toegelaten, is een bepaald regulier opleidingsniveau vereist. Welk niveau dat is, hangt af van de aard van de werkzaamheden en de mate van zelfstandigheid, zoals die in een beroepsprofiel (kunnen) zijn omschreven. Een voor alle beroepen geldige uitspraak valt dus niet te maken. Wel heeft iedere beroepsorganisatie de plicht duidelijk te maken 'wat de beroepsbeoefenaar in huis heeft'. Voor de eindtermen van de te volgen specifieke, alternatieve opleiding, geldt in feite hetzelfde.

Na- en bijscholing zijn nodig om de zorg die men zegt te leveren, ook werkelijk te blijven leveren. Ook nu is het aan de organisatie om vast te stellen welke na- en bijscholing gevolgd moet zijn. Te overwegen valt de eindtermen daarvan ook extern te laten toetsen, om te voorkomen dat het een 'onderonsje' wordt.

Beroepsregister en herkenbaarheid

Gekwalificeerde beroepsbeoefenaren zijn ingeschreven in een beroepsregister. Inschrijving moet gebonden zijn aan duidelijke criteria, die (kunnen) zijn afgeleid uit het beroepsprofiel. Een beroepsregister is bij voorkeur openbaar; zo is ook voor buitenstaanders (i.c. patiënten, reguliere beroepsbeoefenaars, verzekeraars) duidelijk wat de kwaliteiten en bevoegdheden van de ingeschrevenen zijn. Het gaat om een 'groeimodel': zeker in de eerste fase hoeven die criteria nog niet volledig en in detail omschreven te zijn.

Toepassing van de genees-/behandelwijze

Door goed te omschrijven wat de beroepsbeoefenaars doen, wordt hun werk ook voor buitenstaanders transparant. De eigen manier van werken moet worden gesystematiseerd en inzichtelijk gemaakt - althans, voorzover dat in dit veld mogelijk is.

Een niet-arts mag formeel geen medische diagnose stellen. Toch is een diagnose in eigen termen van belang alvorens aan de behandeling van een patiënt te beginnen. De organisatie moet in ieder geval omschrijven op welke manier die diagnose wordt gesteld. Beroepsbeoefenaren zelf moeten op een verantwoorde manier met hun patiënten over de diagnose van gedachte wisselen.

Organisatie van de zorgverlening

Het is belangrijk de organisatie van de zorgverlening aan regels te binden. De zorg moet permanent beschikbaar zijn en het moet voor de patiënt duidelijk zijn wat hij kan verwachten. Wettelijk mag de organisatie de leden geen bindende tariefvoorstellen opleggen, wel adviezen geven.

Attitude en gedrag

Ook over attitude en gedrag van de beroepsbeoefenaren moeten regels worden geformuleerd. De minimale vereisten vloeien voort uit recente wetgeving, zoals de WGBO en de Wet Persoonsregistratie. Ook de criteria van de LOPAG hebben op dit punt betrekking.

Opvang van klachten

Een goede klachtenopvang is belangrijk en noodzakelijk.

Beroepsbeoefenaren die zijn geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG zijn onderworpen aan een wettelijk tuchtrecht. Een eigen tuchtrecht is voor de meeste organisaties niet haalbaar; dat kan het best landelijk, door meerdere organisaties samen worden geregeld, waarbij aansluiting kan worden gezocht bij bestaande regelingen. Denkbaar is ook een specifiek tuchtrecht voor de verschillende behandelwijzen. Het onderscheid tussen een wettelijk tuchtrecht en het eigen tuchtrecht moet duidelijk zijn.

Beroepsorganisaties zijn wettelijk verplicht een klachtenregeling te hebben. Klachtenopvang kan het best regionaal, of door meerdere organisaties samen worden geregeld.

Een klachtencommissie moet onafhankelijk te werk gaan. Klachtenregistratie moet gebruikt worden voor het verbeteren van de beroepsuitoefening.

Relatie tot de reguliere zorg

De relatie tot de reguliere zorg moet goed geregeld zijn - hetgeen niet alleen van het alternatieve veld, maar ook van het reguliere veld afhangt. Beroepsorganisaties moeten de reguliere behandelaars duidelijk maken wat de geneeswijze inhoudt en welke eisen aan de beroepsbeoefenaren worden gesteld.

Intercollegiale kwaliteitsbewaking

Het is de vraag of intercollegiale kwaliteitsbewaking werkelijk effectief is: is nascholing niet een betere manier om de kwaliteit te bewaken? Dergelijke vormen van kwaliteitsbewaking hebben alleen zin als de beroepsbeoefenaren voldoende gemotiveerd zijn om er aan mee te doen. Voor het creëren van toetsbare criteria ten behoeve van de kwaliteitsbewaking lijkt de tijd nog niet rijp. In ieder geval moet duidelijk gemaakt worden wat intercollegiaal overleg is.

Een onderscheid tussen overleg, supervisie en intercollegiale toetsing is moeilijk te maken. Normen voor supervisie en voor intercollegiale toetsing kunnen beter worden geïntegreerd.

Vormen van visitatie zijn ook een geschikt middel voor kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Een FONA-beleid (meldpunt voor fouten, ongevallen of near-accidents) is een mogelijkheid, hoewel dat wellicht moeilijk te realiseren zal zijn.

Kwaliteitsbewaking is de taak van de beroepsorganisatie. Feedback door de gebruiker is daarbij onmisbaar. Eenvoudig tevredenheidsonderzoek is niet voldoende. Er moet voortdurend sprake zijn van een wisselwerking tussen de resultaten van onderzoek en de dagelijkse praktijk.

3 DEELNEMERSLIJSTEN PANELBIJEENKOMSTEN

Deelnemers workshop, d.d. 24 oktober 1996

Beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen (5)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
ANG	dhr A. van der Craats
AAG	dhr C. Joosse
AAG	dhr A.L.B. Rutten
Het Verbond	dhr C.G. de Morée
Het Verbond	dhr M. de Jong

Deskundigen (kwaliteit en alternatieve veld) (10)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
Stichting RING	dhr H. Milikan
CBO	dhr R. Vaartjes
NIGZ	mw M. Bijlmer-Hendrikse
Op persoonlijke titel	dhr L.J. Menges
Op persoonlijke titel	mw T. van de Rijdt-van de Ven
Op persoonlijke titel	dhr T. Versteegh
Op persoonlijke titel	mw G.M. Rensen
Op persoonlijke titel	mw A. Noorden
Op persoonlijke titel	mw A.L. Hemken
Op persoonlijke titel	dhr F.M. Honigh

Patiënten- en consumentenorganisaties (5)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
NP/CF	mw A. Frijlink
LOPAG	mw E. Wannee-Immerzeel
LOPAG	mw H.W. van Doorn
WOCZ	mw M. v.d. Berg
Stichting Natuurlijk Welzijn	dhr W. Smits

Zorgverzekeraars (3)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
ANOVA	dhr J.A.M. van Adrichem
Regionaal Ziekenfonds Groningen (RZG)	mw B. Zijlstra
CZ-groep	dhr P.E.M. Muyrers

Deelnemers workshop, d.d. 14 november 1996

Beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen (5)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
ANG	dhr A. van der Craats
AAG	dhr C. Joosse
AAG	dhr A.L.B. Rutten
Het Verbond	mw J.C. Staffhorst
Het Verbond	mw J.A.W. Stammes

Deskundigen (kwaliteit en alternatieve veld) (10)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
Stichting RING	dhr H. Milikan
CBO	mw. G. Visser
CBO	dhr R. Vaartjes
NIGZ	dhr Smits
Op persoonlijke titel	mw T. van de Rijdt-van de Ven
Op persoonlijke titel	dhr T. Versteegh
Op persoonlijke titel	dhr P.M. Fokkens
Op persoonlijke titel	mw G.M. Rensen
Op persoonlijke titel	mw A. Noorden
Op persoonlijke titel	dhr F.M. Honigh

Patiënten- en consumentenorganisaties (6)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
NP/CF	dhr F. Dekkers
LOPAG	dhr H.J. van Meggelen
LOPAG	mw H.W. van Doorn
LOPAG	mw E. Wannee-Immerzeel
WOCZ	mw M. v.d. Berg
Stichting Natuurlijk Welzijn	dhr W. Smits

Zorgverzekeraars (2)

<i>Organisatie:</i>	<i>Vertegenwoordiger:</i>
ANOVA	dhr J.A.M. van Adrichem
Regionaal Ziekenfonds Groningen (RZG)	mw B. Zijlstra

BIJLAGE 5 OVERZICHT VAN RESPONDENTEN

- 1 Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
- 2 Astrologische Geboorteregeling
- 3 Beroepsvereniging voor Trainers/Therapeuten Emotioneel Lichaamswerk (BETTEL)
- 4 Bond van Europese Reflexologen, afd. Nederland
- 5 Gilde van Simontontherapeuten
- 6 Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW)
- 7 Nederlands College van Paranormale genezers (NCP)
- 8 Nederlands Genootschap van Praktizerende Astrologen (NGPA)
- 9 Nederlands Genootschap Voor Acupunctuur (NGVA)
- 10 Nederlands Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH)
- 11 Nederlands Instituut voor Bio-Energetische Analyse (N.I.B.A.)
- 12 Nederlands Iriscopisten Gilde (NIG)
- 13 Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (N.V.P.A.) Beroepsvereniging voor counselors
- 14 Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
- 15 Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO)
- 16 Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT)
- 17 Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
- 18 Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- 19 Nederlandse Feldenkrais Vereniging
- 20 Nederlandse Stichting ter bevordering van de Tibetaanse Geneeskunde (NSTG)
- 21 Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)
- 22 Nederlandse Vereniging Van Ademtherapeuten (NVVA)
- 23 Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- 24 Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
- 25 Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen (NVAV)
- 26 Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT)
- 27 Nederlandse Vereniging van Bocam Therapeuten
- 28 Nederlandse Vereniging van Chirotherapeuten (NVC)
- 29 Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie
- 30 Nederlandse Vereniging van Homeopathische Tandartsen (NVHT)
- 31 Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- 32 Nederlandse Vereniging van Leraren Alexander-Techniek (NeVLAT)
- 33 Nederlandse Vereniging van Reïncarnatie Therapeuten (NVRT)
- 34 Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (N.V.A.)
- 35 Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie (Heileurythmie)
- 36 Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN)
- 37 Nederlandse Vereniging voor Haptonomie
- 38 Nederlandse vereniging voor hypnose
- 39 Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVKT)
- 40 Nederlandse Vereniging voor Logotherapie en Existentiële Analyse
- 41 Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT)
- 42 Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)
- 43 Nederlandse Vereniging voor Neuraal-/Regulatietherapie (NVNR)

- 44 Nederlandse Vereniging voor Podokinesiologie (NVvP)
- 45 Nederlandse Vereniging voor Podo-Orthesiologen (NVPO)
- 46 Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPIT)
- 47 Nederlandse Vereniging Voor Speyertherapie (NVVS)
- 48 Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde ZHONG
- 49 Nederlandse Vereniging voor Video-Gestalttherapie (NVVG)
- 50 Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)
- 51 Optologisch Orthokeratologisch Genootschap (OOG)
- 52 Organisatie van Paranormale Genezers NFPN (Opleiding, Vorming en Training)
- 53 Stichting ASR-therapie (Analytisch Synthetische Response-therapie)
- 54 Stichting Koudwatertherapie
- 55 Stichting Taijiquan Nederland (STN)
- 56 Stichting tot Bevordering van de Paranormale Geneeswijze (SBPG)
- 57 Touch for Health Vereniging Nederland (TfH)
- 58 Vakvereniging van Medisch Astrologen
- 59 Vereniging Beter Natuurlijk (VBN)
- 60 Vereniging Mora-Therapeuten Nederland
- 61 Vereniging Rebalancing Nederland (VRN)
- 62 Vereniging Rebirth Holland (VRH)
- 63 Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG)
- 64 Vereniging van Additieve Genezers in Nederland Waalre (VAG)
- 65 Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (VAMG)
- 66 Vereniging van Artsen voor Ortho-Manuele Geneeskunde (VAOMG)
- 67 Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP)
- 68 Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH)
- 69 Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN)
- 70 Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)
- 71 Vereniging van IOKAI Shiatsu-therapeuten
- 72 Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
- 73 Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
- 74 Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT)
- 75 Vereniging van Transpersoonlijke Therapeuten
- 76 Vereniging van Yogaleerkrachten Nederland
- 77 Vereniging voor Astrologie (Asas)
- 78 Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag
- 79 Vereniging voor Neuro-Reflex Therapie (VNRT)
- 80 Vereniging voor Paranormale Geneeswijze (VPG)
- 81 Vereniging voor Psychodrama (VvP)
- 82 Vereniging voor Unatieve Psychotherapie (VUP)
- 83 Vereniging voor Zijnsoriëntatie
- 84 Vlaams-Nederlands Gestalt Netwerk

BIJLAGE 6 REACTIES VAN BEROEPSORGANISATIES OP HET CONCEPT REFERENTIEKADER

In december 1996 is het concept-referentiekader voor commentaar toegestuurd aan alle 108 beroepsorganisaties. Gevraagd was te reageren vóór eind januari 1997. In totaal hebben 54 beroepsorganisaties een schriftelijke reactie op het referentiekader gegeven (=50%).

Hieronder worden de reacties weergegeven evenals de wijze waarop het referentiekader vervolgens is aangepast.

De reacties zijn schematisch weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Reacties van 54 beroepsorganisaties op de vragen over het concept referentiekader

	ja	nee
1. Kunt u zich verenigen met de uitgangspunten? (deze uitgangspunten zijn: dat de normen betrekking hebben op wat geregeld zou moeten zijn en niet hoe; dat de normen uitsluitend betrekking hebben op de beroepsuitoefening en niet op inhoud en effectiviteit; dat het referentiekader een groeimodel is)	53	1
2. Bevat het referentiekader overbodige onderwerpen?	5	48
3. Is het referentiekader volledig?	45	8

Van de beroepsorganisaties die gereageerd hebben kan de grote meerderheid zich verenigen met de uitgangspunten die aan het referentiekader ten grondslag liggen. Eén organisatie is van mening dat een andere aanpak nodig is om de kwaliteit in het alternatieve veld te reguleren.

Volgens 48 beroepsorganisaties bevat het referentiekader geen en volgens vijf wel overbodige onderwerpen. Volgens 45 organisaties is het referentiekader volledig; 8 organisaties zouden onderwerpen toegevoegd willen zien.

Uit deze gegevens blijkt dat de beroepsorganisaties zich in zijn algemeenheid in het referentiekader kunnen vinden. Dit betekent dat grote voorzichtigheid betracht moet worden met veranderingen in het referentiekader, mede om de eerder bereikte consensus in de panelbijeenkomsten niet in gevaar te brengen. De aanpassingen zijn dan ook beperkt tot het toevoegen van onderwerpen die door organisaties worden gemist.

Ter informatie volgt hieronder een overzicht van de opmerkingen die door de beroepsorganisaties zijn gegeven met een korte reactie onzerzijds.

Positieve opmerkingen bij het referentiekader

In totaal 12 organisaties hebben hun waardering uitgesproken, waarbij (letterlijk) de volgende opmerkingen werden gemaakt:

- Uitstekend werk;
- Zorgvuldig opgezet;
- Complimenten voor het reeds verrichte werk;

- Wij ervaren deze ontwikkelingen als zeer positief en ondersteunend;
- Een duidelijk en helder werkstuk;
- Het is volledig voor dit moment (2x);
- Zit goed in elkaar;
- Bijzonder erkentelijk;
- Het concept maakt een gedegen en zorgvuldige indruk. We doen graag mee;
- Het is een goede handleiding om als beroepsgroep stap voor stap aan het werk te gaan;
- Het concept referentiekader vinden wij veel ruimte geven voor nog te ontwikkelen aspecten van onze vereniging. Wij conformeren ons met de grote lijn die eruit spreekt;
- Het bestuur van onze vereniging is verheugd over het concept referentiekader, met name vanwege de uitgangspunten die eraan ten grondslag liggen. Het 'groeimodel' m.n. bevalt ons zeer, omdat onze werkwijzen en therapieën nadrukkelijk aanvullend bedoelen te zijn op het reguliere veld.

Positief kritisch

Door de zeven organisaties die positief kritische geluiden laten horen, wordt benadrukt dat het referentiekader inderdaad als ontwikkelingsmodel of groeimodel gezien dient te worden. Drie organisaties wijzen op de plichten van de patiënt of cliënt. Ons commentaar: omdat het referentiekader gericht is op het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties komen plichten van patiënten/cliënten niet aan de orde (evenmin als de plichten van andere beroepsbeoefenaren of verzekeraars).

Tenslotte merkt één beroepsorganisatie op dat het beleid van beroepsorganisatie en koepelorganisatie met elkaar in overeenstemming dient te zijn. Hieronder worden de betreffende opmerkingen weergegeven.

- We kunnen ons erin vinden als het inderdaad als een ontwikkelingsmodel gehanteerd wordt. Indien het referentiemodel ooit als controlesysteem zal worden gehanteerd kunnen wij er niet meer achter staan. Als ontwikkelingsmodel zien wij het als een goede steun.
- Uitgangspunten accoord, mits er duidelijk wordt aangegeven wat men onder medicijnen verstaat en wat men onder voedingssupplementen, homeopathische middelen etc. verstaat.
- Referentiekader als groeimodel. De beroepsgroepen zijn al sinds hun oprichting bezig kwaliteit te verhogen. Dit stuk is daarin niet nieuw.
- Het concept zit degelijk in elkaar. Met betrekking tot paranormale geneeswijzen liggen op het gebied van kwaliteitsbewaking/verbetering op een "wereldse" manier veel adders onder het gras.
- Kwaliteit en resultaten van de behandelingsmethoden kunnen niet getoetst worden indien de plichten van de cliënt niet worden vastgelegd. Wanneer deze plichten bekend zijn zal er ook meer duidelijkheid zijn ter beoordeling van klachten en tuchtrecht.
- De plichten van de patiënten/cliënten indien zij instemmen met de behandeling, m.a.w. het nakomen van de afspraken i.v.m. de behandeling.
- Respectvol gedrag t.o.v. therapeut door patiënt en reguliere beroepsbeoefenaren.
- Kwaliteitsbewaking door koepelorganisatie **moet** door de beroepsvereniging worden gevoerd, anders gaan beleid van vereniging en koepelorganisatie elkaar doorkruisen.
- Wij zijn bang dat het voor beroepsverenigingen niet mogelijk is om zonder subsidie te voldoen aan het gestelde.

Kritische opmerkingen

In de zeven hieronder vermelde kritische geluiden wordt onder andere voorgesteld om de term additieve geneeswijzen te gebruiken in plaats van alternatieve geneeswijzen. Ons commentaar: het lijkt ons niet verstandig aan deze (individuele) wens tegemoet te komen. In het referentiekader wordt gesteld dat de term alternatieve geneeswijzen wordt gebruikt voor alle vormen van additieve, complementaire, niet-reguliere enzo-voorts behandelvormen omdat vooralsnog niet één term gevonden kan worden waar alle partijen zich in kunnen vinden. Voorlopig lijkt dit terminologieprobleem niet oplosbaar.

Enkele beroepsorganisaties wijzen op de specifieke positie die zij in het alternatieve veld innemen. En tenslotte wordt opgemerkt dat bureaucratie moet worden vermeden (zie de hierna volgende opmerkingen).

- Niet praten over alternatieve maar over additieve geneeswijzen.
- De vraag is of hypnose onder deze koepel valt aangezien hypnose universitair en postdoctoraal wordt onderwezen.
- Verenigingen van artsen die aanvullend additieve behandelwijzen toepassen nemen een andere positie in dan alternatieve genezers in zijn algemeenheid.
- Er zijn wel bedenkingen over de voorgestelde vorm waarin patiënten(organisaties) betrokken worden bij kwaliteitsbewaking en, bedenkingen bij de intercollegiale kwaliteitsbewaking. Overigens zijn in onze beroepsvereniging de regels van de referentiekaders al jarenlang van toepassing.
- Kwaliteitsbewaking is onlosmakelijk verbonden met kwaliteitsverbetering en kan aanleiding geven tot bureaucratiesering, administratieve financiële en tijdrovende werkzaamheden die leiden tot ontkrachting van daadkracht.
- Sociale controle: welke wijze van kwaliteitsbewaking "sociale controle" inhoudt is inhoudelijk niet duidelijk als methode.
- Is "een omschrijving op schrift" niet dubbelop?

Vanuit de RING (koepelorganisatie in oprichting) is commentaar geleverd, waarvan de hiernavolgende opmerkingen het referentiekader betreffen:

- Men wil graag onder de voorlopige naam RING in het referentiekader vermeld worden als koepelorganisatie.
- Men meldt een standaard basisberoepsprofiel te hanteren met daarbij een supplement per discipline.
- Men pleit ervoor de term niet-reguliere geneeswijzen te hanteren.
- Men stelt voor niet over LOPAG-criteria te spreken maar over minimumvereisten vanuit de patiënt. En, toe te voegen dat ook de RING beschikt over (in de praktijk getoetste) criteria.

Ons commentaar: in het referentiekader zal in zijn algemeenheid worden vermeld dat beroepsorganisaties zich bij de invulling van hun kwaliteitsbeleid kunnen baseren op criteria die patiënten/consumentenorganisaties en koepelorganisaties hanteren alsmede op relevante criteria die door andere organisaties zijn ontwikkeld.

Overbodige onderwerpen

Vijf organisaties noemen in totaal zes onderwerpen die overbodig worden geacht (elk eenmaal genoemd):

- De relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren (is overbodig).
- Hygiëne, medicatie, tuchtrecht (overbodig voor onze beroepsgroep).
- Binnen onze benadering zal geen sprake zijn van het voorschrijven van medicijnen.
- De regulering van tarieven is overbodig; onze tarieven zijn gekoppeld aan de

huisartstarieven.

- Verplichte herregistratie geeft extra psychische druk.
- We stellen vraagtekens bij beroepsregistratie en herkenbaarheid.

Ons commentaar: de hierboven genoemde opmerkingen illustreren dat enkele onderwerpen uit het referentiekader - bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen - bij sommige beroepsorganisaties niet aan de orde zijn. In het referentiekader is reeds vermeld dat normen aangaande het voorschrijven van medicijnen niet van toepassing zijn indien geen medicijnen worden voorgeschreven. Indien volgens een beroepsorganisatie ook andere normen niet van toepassing zijn, kan een organisatie dit expliciteren. Volgens de panelleden zijn beroepsregisters en regels omtrent de herkenbaarheid van therapeuten voor elke beroepsgroep relevant.

Onderwerpen die toegevoegd zouden moeten worden

De onderwerpen die volgens acht beroepsorganisaties toegevoegd zouden moeten worden zijn hierna vermeld. Alle opmerkingen zijn zo goed mogelijk verwerkt in of toegevoegd aan het referentiekader, met het volgende voorbehoud. De opmerkingen zijn niet letterlijk verwerkt maar in algemene zin als onderwerp toegevoegd. Ook zijn er geen nieuwe normen aan het referentiekader toegevoegd. De opmerkingen zijn verwerkt in de toelichting die bij de normen wordt gegeven. Bij de evaluatie van het referentiekader (en bij een updating in de toekomst) kan worden bezien of sommige van de hiergenoemde aanvullingen dermate zwaar wegen dat nieuwe normen aan het referentiekader dienen te worden toegevoegd. Hierna volgen de opmerkingen waarbij tussen haakjes steeds is vermeld bij welk thema van het referentiekader de aanvullingen door ons zijn verwerkt:

- Beroepstitels

Het lijkt zinvol om apart aandacht te besteden aan het voeren van beroepstitels. Het doel van een beroepstitel is uitsluitend het verschaffen van duidelijkheid aan de patiënt. Dit houdt in dat de titel informatie moet verschaffen die voor patiënten begrijpelijk en noodzakelijk is. Het aanduiden van verschillende stromingen binnen een methode heeft voor de patiënt veelal minder waarde dan voor de beroepsgroep. Wervende of misleidende titels moeten vermeden worden.

(Verwerkt bij thema: beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten)

- Creativiteit

Ruimte moet overblijven voor initiatief-intuïtie en werken naar creatieve therapie.

- Wij zien de gevaren wanneer een therapeut zich niet baseert op zijn opleiding. Anderzijds moeten we ook waken voor het gevaar van starheid en inperken van creativiteit.
- Wij vinden het heel belangrijk vanuit het door u geïnitieerde groeiproces vorm en inhoud van ons kwaliteitsbeleid tegelijk te ontwikkelen, zodat vorm en inhoud niet uit elkaar groeien. Vanuit dit uitgangspunt hebben wij moeite met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid, dat de vorm van diagnose, behandlingsplan en voorspellende verwachting al van tevoren vastlegt (men gaat meer uit van een 'dynamische diagnose', het is een proces). Niet alles is in een omlijdnd behandelingsplan te voorzien.

(Verwerkt bij thema: omschrijving van de toegepaste genees-/of behandelwijze)

- Persoonlijkheidseisen

Er wordt totaal niet gerept over eisen te stellen aan de persoon van de therapeut. Alleen aan opleidingseisen. Minstens zo belangrijk is nauwlettend toe te zien c.q. te onderzoeken of de therapeut voldoet aan (een door ons gehanteerde) beoordelingsstaat (paranormale geneeswijzen). In dat beoordelingsformulier wordt onder andere

een oordeel uitgesproken over de algemene indruk van de persoon, motivatie (mentaliteit en eerlijke indruk), onafhankelijke toetsing van vermeende paranormale vermogens, enz. Kortom door een toelatingscommissie wordt beoordeeld of de therapeut voldoende persoonlijk niveau en integriteit heeft om dit werk te doen (persoonlijkheidseisen)

(Verwerkt bij thema: beroepsregister)

- *Complicaties*

Het is van belang dat de behandelaar complicaties kan herkennen, opvangen en behandelen.

(Verwerkt bij thema: deskundigheid van de beroepsbeoefenaar)

- *Continuïteit*

Continuïteit in de praktijkvoering. De beroepsbeoefenaren hebben nog geen erkende status als onderdeel van de gezondheidszorg. Als zelfstandige ondernemer dienen zij zorg te dragen voor continuïteit in behandelingen.

(Verwerkt bij thema: organisatie van de beroepsuitoefening)

- *Wetgeving*

Kennis van wettelijke ontwikkelingen. De beroepsbeoefenaren dienen op de hoogte te zijn van wettelijke ontwikkelingen die de beroepsuitoefening en praktijkvoering betreffen en zorg te dragen voor aanpassingen in de praktijk.

(Ons commentaar: in de inleiding was reeds vermeld dat vanzelfsprekend wettelijke voorschriften in acht worden genomen, hetgeen impliceert dat men daarvan op de hoogte is)

- *Vakliteratuur*

Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden. Toevoegen: dit kan ook op peil gehouden worden (naast nascholing) door het bestuderen van de vakliteratuur.

(Verwerkt bij het thema: opleiding, bij- en nascholing)

- *Opleiding*

De beroepsvereniging zou ook in structurele vorm een adviserende rol kunnen hebben bij de inhoudgeving en toetsing in beroepsopleidingen en bijscholingen.

(Onderschrijven wij, maar is niet toegevoegd aan het referentiekader)

- *Vergoedingsmogelijkheden*

De beroepsbeoefenaren dienen hun cliënten correct te kunnen informeren over vergoedingsmogelijkheden van behandelingen en moeten bereid zijn hierover in overleg te treden met zorgverzekeraars.

(Verwerkt bij het thema organisatie van de zorg incl. tarieven)

- *Wetenschappelijk onderzoek*

Beroepsbeoefenaren moeten bereid zijn mee te werken aan wetenschappelijk onderzoek door bijv. systematische ordening en beschikbaarstelling van geanonimiseerde patientendossiers en zorg te dragen voor het op peil houden van kennis omtrent de actuele ontwikkelingen m.b.t. wetenschappelijk onderzoek in zijn/haar vakgebied zodat men in staat is hieromtrent een goede voorlichting te geven aan (reguliere) zorgverleners en patiënten.

(Verwerkt bij thema: toepassing van de genees- en behandelwijze)

- *Klachtrecht/tuchtrecht*

Verschil tussen klachtrecht en tuchtrecht beter aanduiden.

(Verduidelijkt bij het thema: klachtrecht en tuchtrecht)

Utrecht, 20-2-1997

BIJLAGE 7 INDELING VAN BEROEPSORGANISATIES IN NIVEAUS

Om een samenvattend beeld te kunnen schetsen van het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties, is een indeling gemaakt in zeven niveaus, gebaseerd op de hoofdrubrieken van het referentiekader. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3 wordt er bij de berekening van uitgegaan dat een hoofdrubriek 'voldoende' geregeld is als de organisatie voldoet aan méér dan de helft van de normen in die rubriek. Het aantal normen per rubriek is verschillend, zoals onderstaand overzicht laat zien. (De cijfers verwijzen naar het percentage beroepsorganisaties dat - blijkens de enquête - aan de betreffende norm voldoet).

Benadrukt zij dat het hier gaat om een methode om de beroepsorganisaties onderling te kunnen vergelijken. In absolute zin is een beoordeling in termen van een voldoende of onvoldoende gereguleerde beroepsuitoefening moeilijk te maken.

Rubriek 1: opleiding, bij- en nascholing

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan drie of vier van de volgende normen:

- | | |
|--|-----|
| - er worden eisen gesteld aan de reguliere opleiding | 79% |
| - er is een opleiding in de genees-/behandelwijze | 88% |
| - er zijn interne na- en bijscholingsmogelijkheden | 79% |
| - er zijn externe na- en bijscholingsmogelijkheden | 82% |

Van de organisaties heeft 84% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 2: beroepsregister en herkenbaarheid

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan de volgende twee normen:

- | | |
|--|-----|
| - er is een beroepsregister | 75% |
| - de leden zijn voor patiënten/cliënten herkenbaar | 74% |

Van de organisaties heeft 63% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 3: toepassing van de genees-/behandelwijze

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan vier of meer van de volgende normen:

- | | |
|---|-----|
| - er is een omschrijving van de geneeswijze | 79% |
| - er is een omschrijving van deskundigheden en vaardigheden | 64% |
| - er zijn protocollen en standaarden | 62% |
| - er zijn regels/normen voor het voorschrijven van medicijnen | 22% |
| - er zijn regels/normen voor het stellen van een diagnose | 38% |
| - er zijn regels/normen voor andere specifieke handelingen | 26% |

N.B.: Het gaat hier alleen om schriftelijke omschrijvingen, regels of normen

Van de organisaties heeft 40% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 4: organisatie van de beroepsuitoefening

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan drie of meer van de volgende normen:

- er zijn regels/normen voor de inrichting van de praktijk 40%
- er zijn regels/normen voor het bewaken van de hygiëne 27%
- er zijn regels/normen voor een patiënten/cliëntenstatus of dossier 52%
- er zijn regels/normen voor de tarieven van de behandeling 53%
- er zijn regels/normen voor de bereikbaarheid 25%

N.B.: Het gaat hier alleen om schriftelijke regels of normen

Van de organisaties heeft 34% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 5: attitude en gedrag

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan drie of meer van de volgende normen:

- er zijn regels/normen voor de waarborging van de privacy 64%
- er zijn regels/normen voor het omgaan met patiënten/cliënten 67%
- er zijn regels/normen voor het omgaan met collega's 53%
- er zijn regels/normen voor de overdracht en nazorg van patiënten/cliënten 47%

N.B.: Het gaat hier alleen om schriftelijke regels of normen

Van de organisaties heeft 54% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 6: relatie tot de reguliere zorg

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan drie of meer van de volgende normen:

- er is informatie voor reguliere zorgverleners over de genees-/behandelwijze 56%
- er is informatie over te behandelen aandoeningen en klachten 32%
- er zijn regels/normen voor samenwerking met reguliere zorgverleners 22%
- er zijn regels/normen voor informatie-uitwisseling en overdracht 26%
- er zijn regels/normen voor doorverwijzing naar reguliere zorgverleners 26%

N.B.: Het gaat hier alleen om schriftelijke informatie, regels of normen

Van de organisaties heeft 27% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Rubriek 7: tuchtrecht en klachtenopvang

Om deze rubriek 'voldoende' geregeld te hebben, moet een organisatie voldoen aan de volgende normen:

- er is een intern tuchtrecht/verenigingstuchtrecht 58%
- er functioneert een klachtencommissie 72%

Van de organisaties heeft 52% deze rubriek 'voldoende' geregeld.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

Auteurs: M.J.Driessen, E.M. Sluijs, J. Dekker

Utrecht: NIVEL, 1995, 88 pag., fl. 17,50

Dit rapport bevat de eerste evaluatie van het 'Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Het programma heeft als doel de paramedische beroepen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het programma duurt 3 jaar van 1994 - 1997.

De stand van zaken op het gebied van kwaliteitsbeleid en de aanpak die hierbij wordt gevolgd wordt weergegeven. Ook wordt de bijdrage van het ondersteuningsprogramma hieraan geëvalueerd.

Samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten; evaluatie van twee experimenten

Auteurs: G.J.Visser, P.Peters

Utrecht: NIVEL, 1994, 248 pag., fl. 41.00

Doel van het project was na te gaan of het mogelijk is de communicatie tussen huisartsen en alternatieve therapeuten te verbeteren en daardoor beter afgestemde zorg te garanderen. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten in de provincie Friesland vond plaats volgens een door het NIVEL opgesteld protocol, waarin de berichtgeving over en weer centraal stond, zowel bij het begin als aan het einde van de alternatieve behandeling. Samenwerking blijkt mogelijk, maar de intensiteit ervan kent duidelijk grenzen.

Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995

Auteurs: C. Wagner, D.H. de Bakker, E.M. Sluijs

Utrecht: NIVEL, 1995, 114 pag., fl. 25,00

Vijf jaar geleden werden in Leidschendam landelijke afspraken gemaakt over het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Dit rapport laat zien wat vijf jaar expliciete aandacht voor kwaliteit tot nu toe heeft opgeleverd. Nederlandse zorginstellingen werken hard aan het opbouwen van kwaliteitssystemen, zo blijkt uit de resultaten. De kwaliteit van zorg wordt steeds vaker systematisch bewaakt en verbeterd. De eerste effecten daarvan zijn inmiddels zichtbaar: een betere organisatie en meer patiëntgerichtheid is het resultaat.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op een representatief onderzoek naar kwaliteitszorg in instellingen uit alle sectoren van de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Beschreven wordt welke activiteiten de zorginstellingen concreet ontplooiën om de zorg voor kwaliteit gestalte te geven. Deze activiteiten betreffen niet alleen de zorgverlening zelf maar ook de organisatie, de medewerkers in de instelling en de patiënten, cliënten of bewoners. Voor iedereen die geïnteresseerd is in kwaliteitszorg in de gezondheidszorg biedt dit rapport een goed overzicht van de stand van zaken en de toekomstplannen van de zorginstelling.

