

# **KWALITEITSBELEID BEROEPSORGANISATIES ALTERNATIEVE GENEES-/BEHANDELWIJZEN IN 2000**

**Rapport derde fase**

D. Temmink  
E. Sluijs

Utrecht, februari 2000

The logo for NIVEL bibliotheek features a red cross symbol to the left of the word "NIVEL" in a red, sans-serif font. Below "NIVEL" is the word "bibliotheek" in a smaller, lowercase, red, sans-serif font.  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

NIVEL  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 - Fax 030 27 29 729

In opdracht van:  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)  
Postbus 20350  
2500 EJ 's Gravenhage

ISBN 90-6905-458-2

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

# INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SAMENVATTING EN CONCLUSIES	7
1 INLEIDING	15
1.1 Achtergrond	15
1.2 Begripsafbakening	16
1.2.1 Alternatieve geneeswijzen	16
1.2.2 Beroepsorganisaties	17
1.3 Ondersteuning bij het kwaliteitsbeleid	17
1.4 Het NIVEL-onderzoek	18
1.5 Fase 1 van het onderzoek: Een referentiekader	18
1.5.1 Referentiekader: de organisatie beschikt over en maakt inzichtelijk:	19
1.6 Fase 2 van het onderzoek: 1997	21
1.7 Opbouw van het rapport	21
2 ONDERZOEKSOPZET VAN DE DERDE FASE	23
2.1 Verwachtingen en vraagstellingen	23
2.2 Methode van onderzoek	23
2.3 Onderzoekspopulatie en respons	24
2.3.1 Respons	24
2.4 Analyse van de gegevens	25
3 KENMERKEN VAN DE BEROEPSORGANISATIES	26
3.1 Toegepaste genees-/behandelwijze	26
3.2 De organisatiestructuur	28
3.3 Het ledental	29
4 STAND VAN ZAKEN KWALITEITSBELEID	30
4.1 Inleiding	30
4.2 Opleiding, bij- en nascholing	30
4.2.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	30
4.2.2 Stand van zaken ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing	31
4.3 Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten	34
4.3.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	34
4.3.2 Stand van zaken ten aanzien van het beroepsregister en herkenbaarheid	35
4.4 Toepassing van de genees- of behandelwijze	36
4.4.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	36
4.4.2 Stand van zaken ten aanzien van toepassing van de genees- of behandelwijze	38
4.5 Organisatie van de zorgverlening	39
4.5.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	39
4.5.2 Stand van zaken ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening	40
4.6 Attitude en gedrag	41
4.6.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	41
4.6.2 Stand van zaken ten aanzien van attitude en gedrag	42
4.7 Relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren	43
4.7.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader	43
4.7.2 Stand van zaken ten aanzien van de relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren	44

4.8	Tuchtrecht en klachtenopvang	45
4.8.1	Kwaliteitsnormen in het referentiekader	45
4.8.2	Stand van zaken ten aanzien van tuchtrecht en klachtenopvang	46
4.9	Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering	47
4.9.1	Kwaliteitsnormen in het referentiekader	47
4.9.2	Stand van zaken ten aanzien van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering	49
4.10	Totaaloverzicht van de stand van zaken	51
4.10.1	Methode gevolgd bij de indeling in zeven niveaus	51
4.10.2	Beroepsorganisaties ingedeeld in zeven niveaus	52
4.11	Conclusies	53
5	VERSCHILLEN TUSSEN ORGANISATIES	55
5.1	Grootte van de organisatie	56
5.2	Rol van de koepelorganisaties	56
5.3	Regulier en niet-regulier opgeleiden	57
5.4	Afspraken met zorgverzekeraars	58
5.5	Ontwikkeling kwaliteitsbeleid: een nadere verkenning	59
5.6	Conclusies	60
6	IMPLEMENTATIE KWALITEITSBELEID	61
6.1	Bevorderende en belemmerende factoren	61
6.2	Ondersteuning bij implementatie	62
6.3	Conclusies	64
	LITERATUUR	67
	BIJLAGE 1 Vragenlijst Stand van zaken kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen	
	LIJST MET AFKORTINGEN	

## VOORWOORD

Dit rapport is de derde rapportage van het project 'Kwaliteitsbeleid in de alternatieve geneeswijzen'. Dit project is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd door het NIVEL. Het heeft tot doel het kwaliteitsbeleid in de alternatieve zorg in kaart te brengen en voor een beperkt aantal jaren in de tijd te volgen. In de eerste fase van het project (zie NIVEL, 1997) is een inventariserend onderzoek gehouden naar de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid bij beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen. Ruim tachtig beroepsorganisaties van alternatieve genees-/behandelwijzen hebben daartoe een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Ook is in samenwerking met een groep deskundigen een referentiekader ontwikkeld, waarmee is aangegeven wat onder een verantwoord kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld moet worden verstaan.

Tijdens de tweede fase van het project (zie NIVEL, 1998) is nagegaan welke factoren de implementatie van het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties belemmeren of bevorderen. In de derde fase van het project, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, is het onderzoek uit de eerste fase herhaald. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de ontwikkeling die het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen heeft doorgemaakt.

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid konden de beroepsorganisaties in de afgelopen jaren een beroep doen op ondersteuning van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De activiteiten van het NIVEL en het CBO zijn de afgelopen jaren op elkaar afgestemd.

In deze derde rapportage van het project wordt ingegaan op de achtergrond, de doelstelling, de vraagstelling en de methoden van onderzoek. Vervolgens komen de resultaten van de schriftelijke vragenlijst aan de orde, per onderwerp afgezet tegen hetgeen daarover in het (tijdens de eerste fase van het onderzoek ontwikkelde) referentiekader is vastgelegd. In afzonderlijk hoofdstukken wordt ingegaan op kenmerken van beroepsorganisaties die de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid beïnvloeden en op de implementatie van het kwaliteitsbeleid. Het rapport start met de samenvatting en conclusies van het onderzoek.

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, die tot taak had de voortgang van het onderzoek te bewaken en de onderzoekers inhoudelijk te adviseren. Deze begeleidingscommissie bestond uit de volgende leden:

prof. dr. J.H. Dijkhuis (voorzitter),  
dhr. Dr. D. de Bakker (NIVEL),  
mw . E. Best (NP/CF),  
dhr. A. van der Craats (op persoonlijke titel),  
dhr. J.D. van Foreest (hoofdinspectie voor de gezondheidszorg),  
dhr. mr. A.A. Hamelink (Ministerie van VWS),  
dhr. M. de Jong (Het Verbond),  
dhr. C. Joosse, arts (AAG),  
dhr. A.L.J.E. Martens, arts (Zorgverzekeraars Nederland),  
dhr. P.M.C. Schneider (ANG),  
dhr. drs. T. Versteegh (op persoonlijke titel),  
mw. drs. G. Visser (CBO).

Jan Gravestein, Jan Hoekstra en Christel van Aalst willen we bedanken voor hun hulp bij respectievelijk de data-invoer en de lay-out van het rapport. Mede door hen was het mogelijk om het onderzoek goed af te ronden.

Het onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de bereidwillige medewerking van de (bestuurs)leden van de beroepsorganisaties, die de moeite hebben willen nemen een omvangrijke vragenlijst in te vullen.

Utrecht, februari 2000

## SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### Inleiding

Beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen staan centraal in dit rapport. Door deze beroepsorganisaties wordt - evenals in de reguliere zorg - getracht nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering te introduceren, kortweg kwaliteitszorg genoemd. Stap voor stap werken de organisaties aan het realiseren van de 36 kwaliteitsnormen die in 1996 in gezamenlijk overleg met alle partijen zijn opgesteld en zijn vastgelegd in een Referentiekader voor het Kwaliteitsbeleid in het Alternatieve veld.

De wijze waarop de beroepsorganisaties in het alternatieve veld invulling geven aan kwaliteitszorg is - in opdracht van het Ministerie van VWS - in kaart gebracht in drie deelonderzoeken. Van het derde deelonderzoek wordt verslag gedaan in het voorliggende rapport. In dit rapport wordt antwoord gegeven op de vraag welke vooruitgang de beroepsorganisaties sinds 1996 hebben geboekt met het invoeren van kwaliteitszorg. Als maat wordt daarbij het eerder genoemde referentiekader gebruikt.

### Alternatieve genees- en behandelwijzen

Er bestaat een grote diversiteit aan alternatieve of niet-conventionele genees- en behandelwijzen in Nederland. Alternatief verwijst naar het feit dat de betreffende vakopleidingen niet aan erkende universiteiten of hogescholen worden onderwezen. Er zijn bekende alternatieve geneeswijzen, zoals acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijzen, yoga, manuele therapie, antroposofische geneeskunde en paranormale geneeswijzen; er zijn ook minder bekende stromingen waaronder bio-elektrische therapieën, chiropraxi, reïncarnatietherapie, rebirthing of zijnsoriëntatie. Niet bij alle alternatieve behandelwijzen is genezing het doel, een aantal is meer gericht op zelfontplooiing en persoonlijke groei.

Meer dan 10.000 georganiseerde beroepsbeoefenaren houden zich in Nederland met deze genees- en behandelwijzen bezig, zo blijkt uit dit rapport. Ongeveer eenderde van hen is regulier opgeleid als arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist of psychotherapeut. Zij passen alternatieve behandelingen toe, vaak naast hun reguliere beroepsuitoefening. De overigen hebben geen erkende reguliere opleiding in de zorg. We praten hier uitsluitend over de alternatieve beroepsbeoefenaren die zich in de circa 100 beroepsverenigingen georganiseerd hebben. Over ongeorganiseerde alternatieve genezers zijn geen gegevens bekend.

De positie van de alternatieve beroepsorganisaties is de laatste jaren aan verandering onderhevig, waarvoor drie ontwikkelingen zijn aan te wijzen:

- Met het in werking treden van de Wet BIG is geen sprake meer van het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde, wat voorheen formeel wel het geval was. Het tot nu toe gevoerde gedoogbeleid is daarmee wettelijk verankerd.
- Zorgverzekeraars hebben meer vrijheid in de zorg die zij kunnen contracteren, in het kader van het dereguleringsbeleid van de overheid. Veel zorgverzekeraars hebben inmiddels alternatieve genees- of behandelwijzen in het (aanvullende) pakket opgenomen.

- Op Europees niveau beraadt men zich over het erkennen van enkele alternatieve genees- en behandelwijzen. Men streeft naar gelijktrekking van de regelgeving in Europa en naar maximale keuzevrijheid voor de consument.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat beroepsorganisaties de kwaliteitsbewaking goed willen regelen teneinde zich te kunnen profileren op kwaliteit. De gehele zorgsector houdt zich overigens sinds 1990 expliciet bezig met (nieuwe vormen van) kwaliteitsbewaking en verbetering, conform de afspraken die daarover in 1990 en 1995 op landelijk niveau in Leidschendam zijn gemaakt en die in mei 2000 worden geëvalueerd.

## **Een stimuleringsprogramma voor kwaliteitszorg**

Om de ontwikkeling van kwaliteitszorg door de alternatieve beroepsorganisaties te stimuleren heeft het Ministerie van VWS de afgelopen jaren de volgende maatregelen genomen.

Ten eerste is aan het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO subsidie verleend voor het uitvoeren van een driejarig ondersteuningsprogramma voor het alternatieve veld. Het CBO heeft de beroepsorganisaties geassisteerd bij onder andere de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid, bij het opstellen van beroepsprofielen en klachtenregelingen, bij het ontwikkelen van een model cliëntendossier en bij het ontwikkelen van visitatie.

Ten tweede heeft het NIGZ (Nederlands instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) zich bezig gehouden met informatie verschaffing (via bijvoorbeeld internet) over en voor alternatieve beroepsbeoefenaren.

Ten derde heeft de Consumentenbond de beroepsorganisaties doorgelicht en op basis daarvan rapportcijfers aan de organisaties toegekend. Deze rapportcijfers zijn openbaar gepubliceerd in de Consumentengids.

Tot slot had het NIVEL de opdracht om een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld te ontwikkelen. Dit is gebeurd in 1996. De opdracht was daarnaast om te onderzoeken hoe de organisaties tewerk gaan bij het implementeren van een kwaliteitsbeleid. Deze bevindingen zijn in 1998 gepubliceerd. Tenslotte was de opdracht te onderzoeken of de beroepsorganisaties vooruitgang boekten met hun kwaliteitsbewaking, door de stand van zaken in 2000 te vergelijken met de nulmeting die in 1996 is gehouden. Dit is het onderwerp van dit rapport.

De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een enquête die de eerste keer in 1996 en de tweede keer begin 2000 (en eind 1999) aan alle beroepsorganisaties is toegestuurd. De respons was beide keren goed, rond de 80%. De enquête was gericht aan het bestuur van de beroepsorganisatie. Dit betekent dat de resultaten de perceptie van de besturen weerspiegelen. Een tendens tot sociaal wenselijke antwoorden is niet uit te sluiten. Ervan uitgaande dat de besturen bij het invullen van de enquête dezelfde maatstaf hanteerden in 1996 en 2000 kunnen relatief betrouwbare uitspraken over de gebieden waarop al dan geen vooruitgang is geboekt worden gedaan.

## **Normen voor kwaliteitszorg in het alternatieve veld**

Vóór 1996 bestonden er nog geen normen voor een adequaat kwaliteitsniveau in het alternatieve veld. Deze normen zijn in 1996 - in het eerste NIVEL-onderzoek - opgesteld, in goed overleg tussen alle betrokken partijen (alternatieve beroepsgroepen, patiënten-/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, inspectie). Deze normen vormen het



referentiekader waaraan de stand van zaken bij de beroepsorganisaties in 1996 en begin 2000 is gerelateerd.

De normen houden ten eerste in dat de beroepsorganisatie duidelijk maakt welke regels voor de beroepsuitoefening gelden zodat er voor patiënten duidelijkheid ontstaat over wat zij wel en niet van de diverse alternatieve beroepsbeoefenaren mogen verwachten. Het referentiekader geeft aan welke aspecten van het beroep geregeld zouden moeten zijn, bijvoorbeeld de vereiste opleiding, de eisen die gelden om in het beroepsregister opgenomen te kunnen worden, regels voor het stellen van de diagnose (in- en uitsluitingscriteria), regels voor hygiëne en veiligheid, de wijze waarop de relatie met de reguliere zorg is geregeld, de klacht behandeling enzovoorts.

De normen stellen ten tweede dat de beroepsorganisatie duidelijk maakt hoe de naleving van de regels is gewaarborgd. Bijvoorbeeld via herregistratie, via visitatie door de beroepsorganisatie of via andere vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering. Met nadruk wijzen wij erop dat deze normen niets zeggen over de effectiviteit van een behandelwijze. Het gaat uitsluitend om een zorgvuldige uitoefening van het beroep en de wijze waarop de rechten van en een correcte omgang met patiënten wordt gewaarborgd.

Het invullen van al deze normen door de beroepsorganisaties zal naar verwachting vijf tot tien jaar in beslag nemen, zo werd in het eerste NIVEL-onderzoek geconcludeerd. Nu drie jaar later de balans wordt opgemaakt, wordt niet verwacht dat alle normen zijn ingevuld. Wel wordt verwacht dat op onderdelen vooruitgang is geboekt.

## De regelgeving in 2000 vergeleken met 1996

Zoals hiervoor beschreven bestaat het referentiekader uit twee onderdelen: explicitering van de regelgeving en de kwaliteitsbewaking daarvan. De mate waarin de beroepsorganisaties vooruitgang hebben geboekt met het expliciteren van de regels die voor de beroepsuitoefening gelden is in tabel 1 te zien.

Tabel 1 Percentage beroepsorganisaties met schriftelijke regels ten aanzien van de in de tabel genoemde thema's in 1996 en in 2000

	percentage beroepsorganisaties		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Opleiding, bij- en nascholing	84%	94%	n.s.
Beroepsregister en herkenbaarheid	63%	82%	0.03
Attitude en gedrag	54%	75%	n.s.
Tuchtrecht en klachtenopvang	52%	67%	0.01
Toepassing van de genees-/behandelwijze	40%	56%	n.s.
Organisatie van de beroepsuitoefening	34%	63%	0.001
Relatie tot de reguliere zorg	27%	46%	n.s.

Op drie gebieden hebben de beroepsorganisaties de afgelopen jaren een betekenisvolle vooruitgang geboekt (significantie niveau  $p < .05$ ), namelijk het beroepsregister, de klachtenregelingen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Ten aanzien van het beroepsregister betekent dit dat meer beroepsorganisaties geëxpliciteerd hebben aan welke eisen beroepsbeoefenaren moeten voldoen om in het register te worden opgenomen en welke eisen gelden voor herregistratie. Ook hebben

patiënten meer duidelijkheid over de vraag welke beroepsbeoefenaren wel en niet gekwalificeerd zijn omdat meer organisaties de beroepsregisters openbaar hebben gemaakt.

Ten aanzien van het interne tuchtrecht en de klachtenopvang zijn er significant meer beroepsorganisaties die een reglement voor het functioneren van de klachtencommissie hebben opgesteld. Op dit gebied heeft een aantal organisaties expliciete ondersteuning van het CBO gehad.

De organisatie van de beroepsuitoefening laat de meeste vooruitgang zien. Dit betekent onder andere dat meer organisaties regels voor het waarborgen van hygiëne (en steriliteit) hebben opgesteld en dat duidelijke regels zijn opgesteld voor het bijhouden van het (patiënten/cliënten)dossier. Een model voor een goed dossier is door het CBO ontwikkeld. Hoewel ook op andere gebieden vooruitgang is geboekt, zoals de tabel toont, is dat verschil niet significant.

De conclusie is dat de beroepsorganisaties in drie jaar significante vooruitgang hebben geboekt. Het is plausibel dat vooruitgang op in ieder geval twee gebieden (klachtenreglement en dossier) mede te danken is aan het ondersteuningsprogramma van het CBO dat daar specifiek op was gericht. Vergeleken met de reguliere zorg valt op dat de beroepsorganisaties de afgelopen jaren vooral aandacht hebben besteed aan het regelen van de voorwaarden voor een goede beroepsuitoefening, zoals praktijkvoering en dossiervorming. In de reguliere zorg is de aandacht verschoven naar vakinhoudelijke protocollering en de implementatie daarvan. Dit wijst op een verschil tussen de reguliere en de alternatieve beroepsorganisaties in de ontwikkelingsfase waarin de respectievelijke beroepsgroepen verkeren.

## De kwaliteitsbewaking in 2000 vergeleken met 1996

Het tweede onderdeel van het referentiekader behelst de naleving van de normen. Daarmee wordt verwezen naar systematische bewaking en bevordering van de kwaliteit. In Tabel 2 is de verandering ten opzichte van 1996 op dit gebied te zien.

Tabel 2 Percentage organisaties dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening van haar leden bewaakt in 2000 vergeleken met 1996

	Percentage beroepsorganisaties		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Kwaliteitsbewaking naar aanleiding van klachten	68%	79%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie	30%	39%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via visitatie door de organisatie	19%	35%	0.02
Overige vormen van kwaliteitsbewaking	28%	42%	n.s.

De resultaten laten zien dat de beroepsorganisaties op een van de vier gebieden een betekenisvolle vooruitgang hebben geboekt. Bij significant meer organisaties is visitatie door de beroepsorganisatie ingevoerd als een manier om de beroepsuitoefening te toetsen en aanbevelingen te doen voor mogelijke verbeteringen in de praktijkvoering. Hierbij zij aangetekend dat het CBO voor een aantal beroepsorganisatie een visitatie-methode heeft ontwikkeld die op experimentele schaal in de beroepsgroep is ingevoerd.

Hoewel ook andere vormen van kwaliteitsbewaking door meer organisaties worden genoemd vergeleken met 1996, is het verschil niet significant.

Een tweede manier om feedback op de beroepsuitoefening te krijgen bestaat uit de meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken onder patiënten of cliënten. De laatste jaren worden dergelijke meningspeilingen in zijn algemeenheid beschouwd als een belangrijk middel om na te gaan hoe de zorg wordt gewaardeerd en om mogelijkheden voor verbetering op te sporen. Op dit gebied zijn geen significante veranderingen ten opzichte van 1996 te zien. Volgens de respondenten voert minder dan 10% van de beroepsbeoefenaren periodiek meningspeilingen uit onder patiënten of cliënten. Kennelijk is deze gedachte nog geen gemeengoed onder de beroepsbeoefenaren van alternatieve genees- en behandelwijzen. Ook in de reguliere zorgverlening blijkt dat dergelijke meningspeilingen vaker door instellingen worden uitgevoerd dan door individuele beroepsbeoefenaren.

De conclusie is dat kwaliteitsbewaking en verbetering in de vorm van visitatie ingang heeft gevonden bij een aantal alternatieve beroepsorganisaties. Aangenomen mag worden dat dit mede te danken is aan de ondersteuning die het CBO op dit gebied heeft gegeven.

Geen vooruitgang is te zien in de mate waarin patiënten of cliënten bij het kwaliteitsbeleid van de alternatieve beroepsorganisaties worden betrokken.

## **Mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen 1996 en 2000**

Onderzocht is welke factoren samenhangen met de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is:

1. De veronderstelling was dat grotere organisaties (60% heeft meer dan 50 leden) verder zijn met kwaliteitszorg omdat zij over meer menskracht en financiële middelen zouden beschikken. Deze veronderstelling blijkt niet uit te komen (zie paragraaf 5.1 en 5.5). Er is geen significant verschil tussen grote en kleine organisaties voor wat betreft de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg. Dit betekent dat ook kleinere organisaties in staat zijn een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en in te voeren.
2. Ruim de helft van de organisaties (54%) is aangesloten bij een overkoepelende organisatie. In 1996 was er een indicatie (maar geen bewijs) dat de organisaties aangesloten bij een koepelorganisaties wat verder waren met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid dan de niet bij een koepel aangesloten organisaties. Een mogelijke verklaring werd gezocht in het feit dat de koepelorganisatie voor de centrale ontwikkeling van een aantal 'kwaliteitsinstrumenten' zorgt, bijvoorbeeld een klachtenregeling. Deze veronderstelling is getoetst op de huidige gegevens (zie paragraaf 5.2 en 5.5). De resultaten laten zien dat - over het totaal genomen - de bij een koepel aangesloten beroepsorganisaties niet significant verder zijn gevorderd met kwaliteitszorg dan de organisaties die niet bij een koepel zijn aangesloten. Dit laat overigens onverlet dat individuele beroepsorganisaties wel kunnen profiteren van de kwaliteitsinstrumenten die op koepelniveau ontwikkeld zijn.
3. De veronderstelling was dat beroepsorganisaties die uitsluitend hoger opgeleide beroepsbeoefenaren toelaten (HBO/universitair opgeleiden) verder zouden zijn met kwaliteitszorg dan organisaties die lagere opleidingseisen stellen aan de bij hen

aangesloten leden. Eenderde van de geënquêteerde organisaties is uitsluitend toegankelijk voor regulier opgeleide beroepsbeoefenaren (artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen enz.). Daarnaast zijn er nog 19 organisaties die minimaal HBO-niveau voor toelating eisen (zie paragraaf 5.3 en 5.5).

Uit toetsing blijkt dat er over het geheel genomen geen significant verschil is tussen beroepsorganisaties die hoge opleidingseisen stellen (HBO en hoger) en de beroepsorganisaties die lagere opleidingseisen stellen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is. Dit betekent dat kwaliteitsbewaking en verbetering niet uitsluitend een zaak is van hoger opgeleiden.

4. In 2000 geeft 19% van de organisaties aan op verenigingsniveau een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar te hebben omtrent de vergoeding van de genees- of behandelwijze. De overige 81% heeft dat niet. De veronderstelling was dat organisaties waarvan de genees- of behandelwijze vergoed wordt door zorgverzekeraars verder zouden zijn met de invoering van kwaliteitszorg dan de overigen.

Deze veronderstelling is getoetst (zie paragraaf 5.4 en 5.5). Uit de resultaten blijkt dat de overeenkomst over de vergoeding van de genees- of behandelwijze de belangrijkste verklarende variabele is voor de mate waarin kwaliteitszorg is ontwikkeld. Beroepsorganisaties die een schriftelijke overeenkomst hebben met een of meerdere zorgverzekeraars zijn significant verder met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid dan degenen die dat niet hebben.

Hieruit mag niet worden geconcludeerd dat een vergoedingsregeling per definitie leidt tot een goed ontwikkeld kwaliteitsbeleid. Het omgekeerde kan ook het geval zijn, namelijk dat zorgverzekeraars uitsluitend overeenkomsten afsluitend indien het kwaliteitsbeleid goed ontwikkeld is. Over dit kip-en-ei-probleem kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan.

## **Factoren die de invoering van kwaliteitszorg bevorderen en belemmeren**

In zijn algemeenheid zijn de factoren die de invoering van kwaliteitszorg bevorderen dan wel belemmeren bekend uit het tweede NIVEL-onderzoek naar de implementatie van kwaliteitszorg. De belangrijkste conclusies waren toen:

Als de leden een hechte groep vormen en gemotiveerd zijn zich te onderscheiden in kwaliteit vergemakkelijkt dat de invoering van kwaliteitszorg. Ook korte communicatielijnen tussen bestuur en leden en een goede infrastructuur faciliteren de invoering van kwaliteitszorg.

Belemmerend kan zijn dat leden meer geïnteresseerd zijn in de inhoud van de genees- of behandelwijze en het nut van regelgeving niet inzien.

De belangrijkste bevorderende factoren uit het huidige onderzoek werpen een nieuw licht op de zaak. Naast de hiervoor genoemde factoren noemen de beroepsorganisaties zelf als bevorderende factoren voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid:

- de rapportcijfers gegeven door de Consumentenbond;
- de ondersteuning vanuit het CBO.

Dit betekent dat de beroepsorganisaties de ondersteuning door het CBO en de kritische aandacht van de Consumentenbond (via de openbare rapportcijfers) ervaren als een bevorderende factor voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitsbeleid. Wij veronderstellen dat deze aandacht van externe partijen door de besturen van de

verenigingen kan worden gebruikt om hun leden te overtuigen van het belang van kwaliteitszorg, waarmee zij een extra argument hebben voor de implementatie van hun kwaliteitsbeleid. Deze veronderstelling kan op basis van het huidige onderzoek niet worden getoetst.

Belangrijke belemmeringen zijn vooral het gebrek aan personeel om alle activiteiten uit te voeren en de financiële middelen die daarvoor nodig zijn. Deze factoren werden ook reeds in het in 1996 gehouden onderzoek als knelpunten gemeld.

In totaal heeft 68% van de beroepsorganisaties gebruik gemaakt van de ondersteuning door het CBO. De door het CBO gegeven ondersteuning wordt met een 7,5 goed gewaardeerd. Tweederde van de organisaties geeft aan ook in de toekomst behoefte te hebben aan ondersteuning door het CBO.

Wel blijkt dat de modellen (beroepsprofiel, cliëntdossier, klachtenreglement) die door het CBO ontwikkeld zijn minder worden gekend en gebruikt dan was verwacht. Ruim een kwart van de organisaties kent de modellen, maar slechts ongeveer 10% van de organisaties gebruikt ze ook. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het feit dat deze modellen van recente datum zijn. In maart 1999 zijn de modellen gereed gekomen en in mei 1999 door het CBO verspreid. Er gaat altijd enige tijd overheen voordat men zich de inhoud van dergelijke modellen eigen maakt, waarna vervolgens nog een eigen - aan de specifieke beroepsgroep aangepaste - invulling aan het model moet worden gegeven. Daar is tijd en menskracht mee gemoeid.

In zijn algemeenheid blijkt - ook uit de reguliere zorg - dat het nodig is veel aandacht aan verspreiding van en public relations rond kwaliteitsinstrumenten en modellen te besteden. Dat blijkt noodzakelijk om ervoor te zorgen dat dergelijke instrumenten en modellen zo breed mogelijk worden gebruikt en benut. Deze aanbeveling is voor de gehele zorgsector van toepassing.

## **Belangrijkste conclusies**

De eerste belangrijkste conclusie is dat de beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen de afgelopen drie jaar inderdaad significante vooruitgang hebben geboekt met de ontwikkeling van kwaliteitszorg.

De tweede conclusie is dat de beroepsorganisaties de aandacht en ondersteuning van externe partijen (Consumentenbond en CBO) ervaren als een stimulans voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitsbeleid.

Tenslotte moet ook de rol van zorgverzekeraars niet worden onderschat. Hoewel niet geconcludeerd kan worden dat een vergoedingsregeling per definitie tot een goed ontwikkeld kwaliteitsbeleid leidt (het omgekeerde kan ook het geval zijn) kan wel worden geconstateerd dat beroepsorganisaties met een vergoedingsregeling een beter ontwikkeld kwaliteitsbeleid hebben.



# 1 INLEIDING

Het Ministerie van VWS heeft begin 1996 opdracht aan het NIVEL gegeven het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties in het alternatieve veld in kaart te brengen en voor een aantal jaren in de tijd te volgen. In dit eerste inleidende hoofdstuk wordt de aanleiding en fasering van het onderzoek beschreven en worden enkele begrippen verduidelijkt.

## 1.1 Achtergrond

De aandacht voor kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld past binnen een bredere maatschappelijke ontwikkeling. Sinds 1990 wordt binnen alle sectoren van de gezondheidszorg gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen met als doel de kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle aanbieders van zorg hebben zich hiertoe verplicht via de afspraken die hierover op landelijk niveau in Leidschendam zijn gemaakt (Grol e.a., 1995; Sluijs e.a. 1997; Wagner e.a., 1995). Ook het alternatieve veld was hierbij vertegenwoordigd. Via diverse subsidies heeft het Ministerie van VWS de ontwikkeling van kwaliteitssystemen gestimuleerd. Reden hiervoor was dat de overheid de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg dichter bij het veld zelf wilde leggen, daar waar de zorg wordt verleend. Als gevolg hiervan worden gedetailleerde overheidsregels afgeschaft. Zo kregen zorgverzekeraars meer vrijheid in de zorg die zij contracteren en in het aanvullend pakket opnemen.

De aandacht voor kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld is mede ingegeven door de invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Met deze wet is het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst opgeheven. In deze wet mag iedereen zich bijvoorbeeld natuurgeneeskundige noemen en een eigen praktijk beginnen, mits men geen schade toebrengt aan de gezondheid van patiënten. In de wet gelden alleen nog restricties ten aanzien van voorbehouden handelingen die uitsluitend verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Voor alternatieve beroepsorganisaties is deze toegenomen vrijheid van handelen een extra impuls om zich te onderscheiden en de kwaliteit van de door hen geleverde zorg zichtbaar te willen maken. Bijna alle organisaties willen daardoor bereiken dat hun behandelingen worden erkend en door zorgverzekeraars worden vergoed.

Ook op Europees niveau lijkt er sprake te zijn van een soepeler opstelling ten aanzien van alternatieve genees- en behandelwijzen en staat de regelgeving dienaangaande opnieuw ter discussie. Op 29 mei 1997 is in het Europese parlement een resolutie aangenomen over de status van de niet-conventionele geneeskunde. Daarin wordt aangekondigd dat de nodige stappen worden ondernomen om op Europees niveau - onder een aantal voorwaarden - te komen tot erkenning van niet-conventionele geneeswijzen. Men wil de regelingen die hieromtrent gelden in de lidstaten gelijk trekken. Als één van de uitgangspunten wordt gesteld dat 'het belangrijk is dat voor patiënten een zo breed mogelijke therapiekeuze gewaarborgd wordt door hun de grootst mogelijke veiligheid te garanderen en hun zo correct mogelijke informatie te verschaffen over veiligheid, kwaliteit, effectiviteit en eventuele risico's van de zogenoemde niet-conventionele geneeskunst en hen te beschermen tegen niet-bevoegden'. Ook deze ontwikkelingen maken het voor beroepsorganisaties van belang hun kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen zodat zij aan externe partijen kunnen aantonen dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd is.

## 1.2 Begripsafbakening

### 1.2.1 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 bijvoorbeeld 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 bezocht in 1997 6,1% van de Nederlandse bevolking een alternatieve genezer (exclusief alternatieve huisartsen) (CBS, 1998).

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 is uit deze 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' dat 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 is 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 is - en deze soms ook niet wordt beoogd. Om discussies over de effectiviteit te voorkomen, wordt in dit rapport gesproken over '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 grofweg 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.

### **1.2.2 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 complexiteit 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 dit onderzoek, dat zich richt op de beroepsorganisaties, zijn de niet-georganiseerde beroepsbeoefenaren per definitie niet betrokken.

## **1.3 Ondersteuning bij het kwaliteitsbeleid**

Parallel aan het hier gerapporteerde NIVEL-onderzoek hebben de beroepsorganisaties in de afgelopen jaren ondersteuning bij het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleid gekregen. Het Ministerie van VWS heeft hiertoe een subsidie verstrekt aan het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De ondersteuning vond plaats in de periode 1 oktober 1996 tot en met 1 november 1999. In onderling overleg tussen de beroepsorganisaties en het CBO zijn prioriteiten voor deze ondersteuning vastgesteld (Visser, 1997).

Het CBO-project Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel-/geneeswijzen (OKAB) kende twee algemene doelstellingen. De eerste doelstelling was het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn bij de alternatieve beroepsorganisaties. De tweede doelstelling richtte zich op ondersteuning bij het formuleren en implementeren van kwaliteitsbeleid (Visser, 1997).

In 1997 is het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), eveneens in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met het ontwikkelen van een homepage rondom alternatieve geneeswijzen op internet. Het doel van het project 'Informatieplatform kwaliteitsontwikkeling complementaire behandelwijzen' is uitwisseling van informatie ten dienste van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het betreft een ontwikkelingsproject met betrekking tot informatievoorziening langs elektronische weg op het gebied van complementaire behandelwijzen.

De Consumentenbond is, eveneens in opdracht van het Ministerie van VWS, van start gegaan met een registratiesysteem van beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen. Doelgroepen van het systeem zijn: consumenten, uitgevers (onder andere Gouden Gids), voorlichtingsinstanties en verzekeraars. Ten behoeve van de consumenten-informatie is door middel van een vragenlijst nagegaan welke beroepsorganisaties aan de gestelde kwaliteitscriteria voldoen.

#### **1.4 Het NIVEL-onderzoek**

Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek naar het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen heeft in zijn algemeenheid tot doel gegevens aan te dragen ter onderbouwing van het beleid op dit gebied.

Het totale onderzoek bestaat uit drie fasen. De eerste fase is begin 1997 afgerond met het rapport 'Kwaliteitsbeleid Beroepsorganisaties Alternatieve genees- en behandelwijzen: de stand van zaken in 1996' (NIVEL, 1997). Het doel van deze eerste fase was tweeledig. Ten eerste diende een referentiekader ontwikkeld te worden voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld. Dit referentiekader moest duidelijkheid verschaffen over de normen die aan het kwaliteitsbeleid van een beroepsorganisatie gesteld kunnen worden. Aan de hand van deze normen is de stand van zaken in het alternatieve veld in kaart gebracht met een vragenlijstonderzoek onder beroepsorganisaties voor alternatieve genees- en behandelwijzen. Door de gegevens uit het vragenlijstonderzoek te vergelijken met het opgestelde referentiekader is zichtbaar geworden welke zaken al wel en welke nog niet geregeld zijn bij de beroepsorganisaties.

In de tweede fase van het onderzoek stond de implementatie van het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties voor alternatieve genees- en behandelwijzen centraal (NIVEL, 1998). Onderzocht is hoe de organisaties te werk gaan bij de implementatie van hun kwaliteitsbeleid en welke problemen zich daarbij voordoen.

In de derde fase van het onderzoek, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, wordt de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid geactualiseerd en de voortgang gedurende de laatste drie jaar beschreven.

#### **1.5 Fase 1 van het onderzoek: Een referentiekader**

In 1996 is allereerst vastgesteld wat verstaan moet worden onder een acceptabel kwaliteitsniveau in het alternatieve veld. Daartoe is in gezamenlijk overleg met de betrokken partijen een zogenaamd referentiekader ontwikkeld. Het referentiekader bevat 36 normen die in het schema op de volgende pagina beknopt (in trefwoorden) zijn weergegeven.

Indien al de aspecten uit het referentiekader goed geregeld zijn door de beroepsorganisatie wordt ervan uitgegaan dat een acceptabel kwaliteitsniveau bij de beroepsorganisatie en aangesloten beroepsbeoefenaren is bereikt.

### 1.5.1 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 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 wordt gezorgd 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.

De normen uit het referentiekader vormen samen een raamwerk voor het kwaliteitsbeleid. In principe zijn de normen bedoeld voor alle beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Hierdoor hebben zij een abstract karakter welke geconcretiseerd kan worden door individuele beroepsorganisaties. In de normen wordt aan een organisatie bijvoorbeeld gevraagd duidelijk te maken welke regels en eisen in de beroepsgroep gelden en hoe ervoor wordt gezorgd dat deze regels worden nageleefd.

In het referentiekader gaat het er in essentie dus om dat de beroepsorganisatie aan derden zichtbaar maakt welke eisen binnen de beroepsgroep gelden. 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 overige partijen in de gezondheidszorg zoals zorgverzekeraars, reguliere beroepsbeoefenaren en de inspectie van de gezondheidszorg.

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. Met name het LOPAG, het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen, heeft criteria voor alternatieve genezers op schrift gesteld.

Naast de ontwikkeling van het referentiekader zijn in 1996 108 beroepsorganisaties opgespoord. Via een schriftelijke enquête is de stand van zaken van hun kwaliteitsbeleid in beeld gebracht. In de enquête is gevraagd welke van de - in het referentiekader genoemde - aspecten geregeld zijn en of deze regels op schrift zijn gesteld. De gedachte is dat schriftelijke regels nodig zijn om aan derden duidelijkheid te kunnen verschaffen over de regels die in de beroepsorganisatie gelden. Van de 108 organisaties hebben 84 organisaties de enquête ingevuld (respons 78%).

Op basis van deze eerste fase van het onderzoek werd geconcludeerd dat het merendeel van de beroepsorganisaties voldeed aan de in het referentiekader gestelde normen met betrekking tot opleiding, bij- en nascholing, beroepsregister en herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren. Verder werden in 1996 als lacunes in het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties aangewezen: de regulering van de organisatie van de beroepsuitoefening, de relatie tot de reguliere zorg en de betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties). Op basis van dit eerste deel van het onderzoek werd aanbevolen om de inbreng en betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties) te vergroten, mede gezien de landelijke afspraken die hieromtrent in Leidschendam zijn gemaakt.

Een lacune lag in 1996 ook op het gebied van kwaliteitsbewaking. Uit het onderzoek bleek dat kwaliteitsbewaking vooral plaatsvond via de eisen die aan de leden werden gesteld voor het lidmaatschap en het beroepsregister en via binnengekomen klachten. Nog weinig

beroepsorganisaties kenden andere vormen van systematische kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, visitatie, herregistratie etc.).

## **1.6 Fase 2 van het onderzoek: 1997**

Het doel van de tweede fase van het onderzoek, dat in 1997 is uitgevoerd, was een goed overzicht krijgen van de implementatie van het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties en de problemen die zich daarbij kunnen voordoen. Hiertoe zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van 40 beroepsorganisaties. Deze beroepsorganisaties waren, op basis van de eerste fase van het onderzoek, in te delen in drie groepen, namelijk: een groep die ver gevorderd was met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid; een groep die net begonnen was en een groep die nog geen activiteiten had ontplooid.

Uit deze tweede fase van het onderzoek kwam naar voren dat de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid vaak gericht is op het regelen van opleiding, na- en bijscholing, (her)registratie en visitatie. Daarnaast werd geconcludeerd dat de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid vaak tot een soort van herbezinning leidt. Beroepsorganisaties bezinnen zich vaak opnieuw op de positie die beroepsbeoefenaren in de toekomst willen gaan innemen en op de functie die de beroepsorganisatie daarbij wil en kan vervullen.

Verder bleek uit de tweede fase van het onderzoek dat het voor beroepsverenigingen in principe geen probleem is om te zorgen voor handhaving van regels en eisen zoals opleidings- en nascholingeisen. Deze eisen zijn objectief en kunnen dus ook vrij objectief worden gecontroleerd bij bijvoorbeeld aanmelding bij de beroepsorganisatie. Handhaving van regelgeving is moeilijker te waarborgen als het gaat om wat subjectievere normen zoals het methodisch technisch handelen, de attitude van de beroepsbeoefenaar en de relatie tot de reguliere zorg. Deze gebieden betreffen de individuele beroepsuitoefening zelf, dat wil zeggen de wijze waarop de beroepsbeoefenaar de patiënt of cliënt behandelt en bejegt.

Uit de tweede fase van het onderzoek kwamen ook een aantal bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering van het kwaliteitsbeleid naar voren. In grote lijnen bleek dat de implementatie van het kwaliteitsbeleid soepeler verloopt indien de vereniging erin slaagt de leden voor het beleid te interesseren en te motiveren; indien de vereniging een goede infrastructuur heeft met korte communicatielijnen; indien de veranderingen geleidelijk worden ingevoerd met overgangsregelingen voor de zittende leden en indien men voeling houdt met wat er onder de leden leeft via meningspeilingen.

Tenslotte bleek dat een gebrek aan tijd, geld, ondersteuning en acceptatie van het kwaliteitsbeleid door de leden als grootste belemmeringen bij de invoering van een kwaliteitsbeleid werden ervaren. Daarnaast beperkt de aan het kwaliteitsbeleid verbonden regelgeving de individuele vrijheid van de beroepsbeoefenaar en hebben besturen van de beroepsorganisaties geen bevoegdheden of sancties in handen om het kwaliteitsbeleid af te dwingen.

## **1.7 Opbouw van het rapport**

Na dit eerste inleidende hoofdstuk, wordt in hoofdstuk 2 beschreven hoe de derde fase van het onderzoek is uitgevoerd. In hoofdstuk 3 worden de kenmerken van de deelnemende beroepsorganisaties beschreven. De resultaten van het onderzoek worden in hoofdstuk 4

gerapporteerd, waarbij steeds een vergelijking met de resultaten uit 1996 wordt gemaakt. In hoofdstuk 5 wordt gekeken naar verschillen tussen beroepsorganisaties (bijvoorbeeld qua grootte en (niet) regulier opgeleiden), de mate van implementatie van het kwaliteitsbeleid en de invloed van organisatiekenmerken op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Hoofdstuk 6 beschrijft welke factoren als bevorderend dan wel belemmerend zijn ervaren bij de invoering van het kwaliteitsbeleid en welke ondersteuning beroepsorganisaties hebben ontvangen bij de invoering van hun kwaliteitsbeleid.

## 2 ONDERZOEKSOPZET VAN DE DERDE FASE

### 2.1 Verwachtingen en vraagstellingen

De derde fase van het onderzoek is bedoeld om de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen te actualiseren en ontwikkelingen op dit gebied op te sporen. De verwachting is dat het kwaliteitsbeleid vooral ontwikkeld zal zijn bij grotere beroepsorganisaties en bij beroepsorganisaties die bij een koepel zijn aangesloten. Verder lijkt het aannemelijk dat organisaties die met één of meerdere zorgverzekeraars afspraken hebben over vergoedingen en die een hogere opleidingseis stellen aan hun leden verder zijn met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

De vraagstellingen die in dit rapport beantwoord worden luiden:

1. *Welke activiteiten worden met betrekking tot het kwaliteitsbeleid ontplooid door de beroepsverenigingen in de alternatieve genees-/behandelwijzen?*
2. *Zijn er verschillen tussen de activiteiten zoals die in 1996 werden ontplooid en de activiteiten zoals ze in 2000 worden ontplooid?*
3. *Zijn er verschillen in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid met betrekking tot: de grootte van de beroepsorganisatie, het wel of niet aangesloten zijn bij een koepelorganisatie, het wel of niet hebben van afspraken met zorgverzekeraars en het stellen van hogere opleidingseisen?*
4. *Wat is door beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen als bevorderend en belemmerend ervaren bij de invoering van het kwaliteitsbeleid?*
5. *Hebben beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen de afgelopen jaren gebruik gemaakt van de ondersteuning van het CBO en van welke vorm van ondersteuning hebben zij gebruik gemaakt?*

### 2.2 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 die voor de reguliere beroepsuitoefening van artsen en fysiotherapeuten gelden, zoals die, bijvoorbeeld in de wet BIG, wettelijk zijn vastgelegd.

Om de vraagstellingen te beantwoorden is in deze derde fase van het onderzoek een vragenlijst verstuurd naar de beroepsorganisaties in het alternatieve veld. De inhoud van de gebruikte vragenlijst was identiek aan de vragenlijst zoals deze in 1996 was gebruikt, met dat verschil dat enkele vragen met betrekking tot de implementatie van het kwaliteitsbeleid en de ondersteuning vanuit het CBO zijn toegevoegd. De vragenlijst is afgeleid van de door het NIVEL ontwikkelde vragenlijst 'Stand van zaken kwaliteitsbeleid' waarmee het kwaliteitsbeleid in de paramedische zorg in kaart is gebracht. Ook de kwaliteitscriteria van het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen zijn verwerkt in de vragenlijst (LOPAG, 1992). De concept-vragenlijst is voor commentaar aan de begeleidingscommissie van het onderzoek voorgelegd. Reacties vanuit deze commissie zijn verwerkt in de definitieve versie van de vragenlijst.

De volgende thema's komen in de vragenlijst aan de orde (zie bijlage 1):

1. De organisatie;
2. Opleiding voor genees-/behandelwijzen;
3. Lidmaatschap;
4. Bij- en nascholing in alternatieve genees-/behandelwijzen;
5. Regels en normen m.b.t. de beroepsuitoefening van de alternatieve genees-/behandelwijze(n);
6. Intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering;
7. Kwaliteitsbeleid van de organisatie;
8. Klachtenopvang;
9. Invoering kwaliteitsbeleid en
10. Ondersteuning

## **2.3 Onderzoekspopulatie en respons**

Voordat de vragenlijst is verstuurd is het overzicht van bestaande beroepsorganisaties uit 1996 geactualiseerd met gegevens van de Consumentenbond, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie en het LOPAG. Op basis van deze bronnen zijn uiteindelijk 111 organisaties opgespoord.

Bij het versturen van de vragenlijst is een onderscheid gemaakt tussen organisaties die in 1996 hadden meegedaan aan het onderzoek, organisaties die in 1996 niet gerepsondeerd hadden op de vragenlijst en organisaties die in 1996 nog niet bekend waren. In het geval van de organisaties die in 1996 de vragenlijst ingevuld aan ons hadden terug gestuurd, is een kopie van de destijds ingevulde vragenlijst samen met een groene pen en antwoordervelop toegestuurd met het verzoek veranderingen in antwoorden aan te geven. De overige organisaties kregen de vragenlijst blanco samen met een antwoordervelop toegestuurd. Om de respons te verhogen leek het toesturen van een kopie van de antwoorden uit 1996 een oplossing. De verwachting was dat het aankruisen van veranderingen weinig tijd en moeite van de beroepsorganisaties zou vergen.

### **2.3.1 Respons**

De vragenlijst is half oktober 1999 verstuurd naar 111 organisaties. 78 van deze organisaties hadden in 1996 ook meegedaan aan het onderzoek, 20 organisaties hadden in 1996 niet gerepsondeerd en de overige 13 organisaties waren in 1996 onbekend. Zes weken na dit eerste verzoek om de vragenlijst in te vullen is de organisaties die nog niet gereageerd hadden een brief gestuurd met een tweede verzoek om de vragenlijst in te vullen. Vervolgens is twee weken later telefonisch contact opgenomen met organisaties waarvan de vragenlijst op dat moment nog niet ontvangen was.

Van de 111 aangeschreven organisaties bleken er 11 geen beroepsorganisatie te zijn, maar bijvoorbeeld een organisatie die zich vooral richt op onderwijs in een soort alternatieve geneeswijze; van 3 organisaties was het adres en/of het telefoonnummer onjuist (en waren niet meer te achterhalen) en 4 organisaties bleken te zijn opgeheven of gefuseerd.

Na aftrek van deze 18 organisaties hebben dus 93 beroepsorganisaties de vragenlijst ontvangen. Daarvan hebben er 75 de lijst ingevuld geretourneerd. Dit is een goede respons van 81%, welke gelijk is aan de respons uit 1996.



Bij de analyses in dit rapport zijn, analoog aan de analyses uit 1996, drie organisaties buiten beschouwing gelaten omdat zij slechts uit één of twee beroepsbeoefenaren bestaan. Dit betekent dat de analyses gebaseerd zijn op 72 beroepsorganisaties.

## **2.4 Analyse van de gegevens**

De geretourneerde vragenlijsten zijn ingevoerd in de computer en geanalyseerd met behulp van het programma SPSS. Met behulp van beschrijvende statistiek,  $\chi^2$  tests voor nominale data, Student's t-toets voor continue data en meervoudige lineaire regressie analyses zijn de vraagstellingen beantwoord.

### 3 KENMERKEN VAN DE BEROEPSORGANISATIES

Alvorens de ontwikkelingen van het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld te beschrijven, wordt in dit hoofdstuk in het kort de achtergrond van de beroepsorganisaties die hebben meegedaan aan het onderzoek beschreven. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de genees-/behandelwijze die door de organisaties wordt toegepast, de formele organisatiestructuur en het ledental van de organisaties.

#### 3.1 Toegepaste genees-/behandelwijze

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de geneeswijzen die door de leden van de responderende beroepsorganisaties worden toegepast. In deze tabel wordt steeds per type geneeswijze aangegeven hoeveel beroepsorganisaties in 1996 en 2000 meededen aan het onderzoek en uit hoeveel leden deze organisaties bestonden. Het aantal leden duidt 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. 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 opgestelde classificatie. De organisaties met twee of minder leden zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor alle duidelijkheid: de cijfers hebben alleen betrekking op de organisaties die de schriftelijke vragenlijst hebben ingevuld in 1996 en/of 2000. Mede hierdoor is er een verschil te zien in het aantal beroepsbeoefenaren per type geneeswijze dat vertegenwoordigd wordt door beroepsorganisaties in 1996 en 2000. De cijfers geven dus geen volledig beeld van het alternatieve veld.

Tabel 3.1 Overzicht van de genees-/behandelwijzen die worden toegepast door de leden van de beroepsorganisaties in het alternatieve veld

Genees-/behandelwijze	Aantal beroepsorganisaties		Totaal aantal leden	
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)
<b>Antroposofische geneeskunde</b>				
antroposofische geneeskunde	1	2	178	216
antroposofische	3	3	255	232
verpleegkunde/fysiotherapie/diëtetiek				
kunsthouding/therapie/eurythmie	3	3	338	447
<b>Bio-elektronische therapieën</b>				
bio-resonantietherapie	1	1	18	18
bio-elektrische therapieën	1	1	371	371
<b>Homeopathie</b>				
homeopathie	3	3	843	929
<b>Houdings- en bewegingstherapieën</b>				
alexander-techniek	1	1	30	35
feldenkrais	1	1	50	60
podo-orthesiologie	1	-	50	-
podokinesiologie	1	-	131	-

vervolg tabel 3.1

Genees-/behandelwijze	Aantal beroepsorganisaties		Totaal aantal leden	
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)
tai-chi	1	-	130	-
neuro reflex therapie	1	1	35	35
<b>Manuele geneeswijzen</b>				
chiropraxie	1	1	119	119
kinesiologie/touch for health	1	1	onb.	7
osteopathie	1	2	10	142
manuele therapie	5	3	1829	127
<b>Massages</b>				
reflexzonetherapie	1	1	329	150
voetreflexzone-therapie	1	1	200	200
rebalancing	1	1	70	80
analyt. synth. respons therapie	1	1	69	40
<b>Natuurgeneeswijzen</b>				
alternatieve geneeswijzen (alg.)	1	1	120	200
iriscopie	1	1	onb.	onb.
natuurgeneeskunde	5	7	776+onb.	1169
<b>Ontspanningstherapieën</b>				
ademhalingstherapie	1	1	onb.	onb.
<b>Oosterse geneeswijzen</b>				
acupunctuur	3	2	1288	1035
drukpuntmassage	1	3	13	265
Chinese geneeskunde	2	1	100	112
yoga	1	-	540	-
<b>Paranormale geneeswijzen</b>				
magnetiseren/paranormaal genezen	8	6	568+onb.	504
parapsychologische counseling	1	1	14	49
<b>Psychologische therapieën</b>				
alt. psychotherapie (alg.)	11	9	1168+ 4x onb.	1711
bioenergetica	1	-	28	-
gestalt therapie	2	1	242	230
hypnotherapie	1	1	160	180
postural integration	1	1	62	onb.
rebirthing	1	1	36	26
reïncarnatietherapie	1	2	185	299
speyer therapie	1	1	25	25
transpersoonlijke therapie	1	1	8	16
emotioneel lichaamswerk	1	1	27	32
zijnsoriëntatie	1	1	50	80
<b>Spirituele mensbenaderingen</b>				
psychosofie	1	1	41	72
<b>Overige</b>				
astrologie	3	2	79	105
haptonomie/-therapie	2	-	648	-
neuraaltherapie	1	1	25	27
creatieve therapie	2	2	664	1149

vervolg tabel 3.1

Genees-/behandelwijze	Aantal beroepsorganisaties		Totaal aantal leden	
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)
optologie	1	1	12	12
orthomoleculaire geneeskunde	-	1	-	157
neurochirurgie	-	1	-	21

Van de verschillende geneeswijzen is in zowel 1996 als in 2000 alternatieve psychotherapie het meest vaak genoemd, namelijk door respectievelijk 11 en 9 verschillende beroepsorganisaties. Ook natuurgeneeskunde (resp. 5 en 7 keer genoemd), magnetiseren (resp. 8 en 6 keer genoemd), antroposofische geneeskunde, kunstzinnige therapie/eurythmie, homeopathie en manuele therapie (3 keer genoemd in beide jaren), antroposofische geneeskunde, osteopathie, acupunctuur, reïncarnatietherapie, astrologie en creatieve therapie worden in 2000 door leden van meer dan één beroepsorganisatie toegepast. Bij het merendeel van de geënquêteerde beroepsorganisaties oefenen de beroepsbeoefenaren slechts één alternatieve genees-/behandelwijze uit.

In totaal melden de geënquêteerde beroepsorganisaties in 2000 ongeveer 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 (Visser, 1997). Opvallend zijn de grote verschillen in het ledenbestand. De kleinste beroepsorganisaties bestaan uit minder dan tien personen; de grootste heeft 1100 werkende leden.

### 3.2 De organisatiestructuur

Van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek, hadden de meesten (89%) de structuur van een vereniging; 7% was een stichting en 7% had een andere of géén rechtspersoon. De structuur van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek was vergelijkbaar met die van 1996.

Uit de enquête van 2000 blijkt dat 10% van de beroepsorganisaties uitsluitend de beschikking hadden over statuten; 90% noemt statuten in combinatie met een huishoudelijk reglement en eventuele andere documenten, zoals een beleidsplan, een tuchtreglement, een gedragscode of een opleidingsreglement. Ook in 1996 gaf het merendeel van de organisaties aan over zowel statuten, een huishoudelijk reglement en/of andere documenten te beschikken.

In 2000 zijn 39 beroepsorganisaties (54%) aangesloten bij een overkoepelende organisatie; 6 beroepsorganisaties bij de Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG), 12 bij de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) en 3 bij Het Verbond (zie verder hoofdstuk 5); 5 organisaties hebben aangegeven dat zij gelieerd zijn 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. In 2000 zijn 33 organisaties (46%) niet bij een koepelorganisatie of externe organisatie aangesloten. In 1996 lag het percentage beroepsorganisaties dat was aangesloten bij een koepelorganisatie op 56%.

### 3.3 Het ledental

De beroepsorganisaties in de alternatieve gezondheidszorg varieerden in 1996 sterk in grootte (tabel 2.2). Een vergelijkbaar beeld is gevonden voor de stand van zaken in 2000. Tijdens deze derde fase van het onderzoek hebben 28 organisaties (39%) vijftig werkende leden of minder; 43 organisaties (60%) hebben meer dan 50 werkende leden, met een maximum van 1100 leden. Van 1 organisatie (1%) uit 2000 is het aantal werkende leden onbekend.

Ruim drie kwart van de organisaties heeft in 2000 aangegeven dat zij een ledenlijst bij houden. In 68% van de gevallen wordt deze ledenlijst zonder meer voor niet-commercieel gebruik beschikbaar gesteld aan verwijzers of patiëntenorganisaties. 11% van de organisaties doet dat niet en 21% alleen in bijzondere gevallen. Deze resultaten met betrekking tot de ledenlijst zijn vergelijkbaar met die uit 1996.

Tabel 3.2 Aantal werkende leden van de beroepsorganisaties

Aantal leden	Aantal organisaties (%)	
	1996 (n=81)	2000 (n=72)
3-20 leden	14 (17%)	9 (13%)
21-30 leden	10 (13%)	9 (13%)
31-50 leden	9 (11%)	10 (14%)
51-100 leden	8 (10%)	14 (19%)
101-200 leden	14 (17%)	18 (25%)
meer dan 200 leden	16 (20%)	11 (15%)
Onbekend aantal leden	10 (12%)	1 (1%)

Drieënvijftig organisaties (74%) hebben in 2000 aangegeven dat een deel van de leden full-time als beroepsbeoefenaar werkzaam is, variërend van 2 tot 100 procent van de leden (gemiddeld: 38 procent). Vijftig organisaties (69%) geven aan dat een deel van de leden niet full-time, maar wel meer dan twaalf uur per week werkt. Drieënveertig organisaties (57%) geven aan dat een deel van de leden niet meer dan twaalf uur per week werkt, variërend van 1 tot 70 procent (gemiddeld: 26 procent). In 79% van de organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek komt het voor dat de leden samenwerken in een duo- of groepspraktijk.

In de volgende hoofdstukken worden aan de hand van het in 1996 ontwikkelde referentiekader de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbeleid in de alternatieve gezondheidszorg beschreven.

## 4 STAND VAN ZAKEN KWALITEITSBELEID

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken bij de beroepsorganisaties weergegeven, gerelateerd aan het in 1996 ontwikkelde 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 en welke verschillen er ten opzichte van 1996 zijn. Paragraaf 4.10 geeft een totaalbeeld van de stand van zaken in 2000 en het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies.

### 4.2 Opleiding, bij- en nascholing

#### 4.2.1 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 specifieke eindtermen van de opleidingen zijn beschreven, spreekt men van een opleidingsprofiel.

#### **Normen ten aanzien van opleiding, bij- en nascholing**

*De organisatie maakt duidelijk:*

- 1. welke eisen zij stelt aan de reguliere opleiding van de beroepsbeoefenaren;*
- 2. welke eisen zij aan beroepsbeoefenaren stelt ten aanzien van de opleiding in de (alternatieve) genees-/behandelwijze;*
- 3. welke eisen zij aan beroepsbeoefenaren stelt ten aanzien van bij- en nascholing;*
- 4. 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 onder andere 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.

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 onder andere de volgende aspecten te beschrijven:

- duur van de bij- en nascholing (periode);
- vorm van de bij- en nascholing (themapdagen, seminars, cursussen, supervisie);
- studiebelasting (cursusdagen, zelfstudie, stage, praktijk);
- intern of extern verzorgde bij- en nascholing;
- inhoud en niveau van bij- en nascholing, 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.

#### **4.2.2 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. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de reguliere opleidingseisen, de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze en de vereiste bij- en nascholing.

Tabel 4.1 illustreert de grote verschillen die er tussen de organisaties bestaan in de eisen ten aanzien van de reguliere schoolopleiding voordat leden een opleiding voor de toegepaste genees-/behandelwijze kunnen volgen. In 2000 stellen tien organisaties geen specifieke eisen terwijl 10 andere organisaties een artsenopleiding als eis stellen om de

opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze te mogen volgen. Het meest frequent wordt een wettelijk HAVO-/MBO-niveau als opleidingseis gesteld.

Tabel 4.1 Eisen ten aanzien van de reguliere schoolopleiding

	Aantal organisaties (%)		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Geen schooldiploma/ lagere school	14 (17%)	10 (14%)	n.s.
Minimaal wettelijk MAVO/LBO	6 (7%)	6 (8%)	n.s.
Minimaal wettelijk HAVO/MBO	18 (22%)	28 (39%)	n.s.
Minimaal wettelijk VWO/HBO	21 (26%)	22 (31%)	n.s.
Minimaal paramedische opleiding	15 (19%)	13 (18%)	n.s.
Minimaal artsopleiding	14 (17%)	10 (14%)	n.s.
Minimaal universitair, niet medisch (psycholoog, bioloog enz.)	5 (6%)	3 (4%)	n.s.
Anders	25 (31%)	16 (22%)	n.s.

- Een aantal organisaties heeft meerdere opleidingseisen aangekruist. Hierdoor telt de tabel op tot meer dan 100%

Ongeveer éénvijfde van de organisaties heeft in 2000 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: 'Er is wel een bepaalde opleiding gewenst maar niet verplicht'; 'persoonlijkheidscriteria en ervaring'; 'buitenlands diploma'. De tabel telt op tot meer dan 100% 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. Tabel 4.1 laat zien dat de eisen die in 2000 aan de reguliere opleiding van de leden worden gesteld voordat zij een opleiding voor de toegepaste genees-/behandelwijzen kunnen volgen vergelijkbaar zijn aan de eisen die hieraan in 1996 werden gesteld; de gevonden absolute verschillen zijn namelijk niet significant.

In 1996 hebben 21 organisaties aangegeven dat de leden minimaal een paramedische opleiding, een opleiding tot arts of een niet medische maar andere universitaire opleiding hebben afgerond (niet in tabel). Bij deze 21 organisaties waren ruim 5000 beroepsbeoefenaren aangesloten. In 2000 stellen 19 organisaties een paramedische, medische of andere universitaire studie als opleidingseis. Deze 19 organisaties vertegenwoordigen ongeveer 4000 beroepsbeoefenaren.

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 (93%) bestaat er in 2000 een opleiding in de specifieke genees- of behandelwijze; bij een minderheid bestaat geen specifieke opleiding. Bij het merendeel van de organisaties (80%) wordt de opleiding verzorgd door een of meer onafhankelijk(e) opleidingsinstituten. Bij 28% is het de beroepsorganisatie zelf die de opleiding (mede) verzorgt. In de vragenlijst is uitsluitend gevraagd naar de duur en de intensiteit van de opleiding. Tabel 4.2 geeft een indicatie van de duur van de opleiding.



Tabel 4.2 Duur van de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijzen

	Aantal organisaties (%)		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
2 - 6 maanden	2 (3%)	2 (3%)	n.s.
6 - 12 maanden	5 (6%)	4 (6%)	n.s.
1 - 2 jaar	14 (17%)	13 (18%)	n.s.
2 - 3 jaar	16 (20%)	18 (25%)	n.s.
3 - 4 jaar	31 (38%)	24 (33%)	n.s.
meer dan 4 jaar	9 (11%)	10 (14%)	n.s.
onbekend	1 (1%)	1 (1%)	n.s.

Eénderde van de organisaties (33%) heeft in 2000 ingevuld dat de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze drie tot vier jaar in beslag neemt, terwijl nog eens 14% meldt dat de opleiding langer dan vier jaar duurt. Slechts 6 organisaties hebben in 2000 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 dagen de opleiding daadwerkelijk in beslag neemt. Een driejarige opleiding kan bijvoorbeeld bestaan uit in totaal 20 zaterdagen (= 20 dagen).

Uit de resultaten van 2000 blijkt dat de variatie tussen de opleidingen groot is: een kwart van de opleidingen beslaat 44 dagen of minder (3 dagen is het minimum), terwijl eveneens een kwart van de opleidingen 143 dagen of meer beslaat.

De gegevens die in 2000 verkregen zijn over de opleidingsperiode en het aantal dagen dat de opleiding voor de genees-/behandelwijze in beslag neemt zijn vergelijkbaar met die uit 1996.

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 meer dan de helft (61%) van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek. Ook meldt 57% 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 15% heeft plannen in die richting. Omtrent het verplicht stellen van na- en bijscholing lopen de meningen uiteen, zoals tabel 4.3 laat zien.

Tabel 4.3 Opvattingen over verplichtstelling van interne en externe bij- en nascholing

	Intern		p	Extern		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)		1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Na/bijscholing is verplicht voor de leden	28 (35%)	31 (43%)	n.s.	19 (24%)	29 (40%)	n.s.
Men is van plan na/bijscholing verplicht te stellen	18 (22%)	16 (22%)		19 (24%)	19 (26%)	
Men is niet van plan na/bijscholing verplicht te stellen	22 (27%)	21 (29%)		36 (44%)	23 (32%)	
Niet ingevuld	13 (16%)	4 (6%)		7 (9%)	1 (1%)	

Bij ruim 40% van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek 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 eveneens verplichtingen bij 40% van de organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek. Bijna eenderde van de organisaties is juist niet van plan na- en bijscholing verplicht te stellen. Dit percentage geldt voor zowel vormen van interne als externe bij- en/of nascholing.

Ook op vrijwillige basis wordt door beroepsbeoefenaren na- en bijscholing gevolgd (niet in tabel). Van de 72 organisaties uit 2000 konden 56 organisaties een schatting geven van de door de leden gevolgde interne bijscholing. Zij schatten dat gemiddeld 63% 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 48 organisaties een schatting geven. Zij schatten dat gemiddeld 67% van de leden aan externe cursussen deelneemt. De verschillen tussen de organisaties zijn groot: 3 organisaties schatten dat 10% of minder van de leden aan externe bij- en nascholing deelneemt terwijl 17 organisaties schatten dat meer dan 90% in externe nascholing participeert.

### **4.3 Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten**

#### **4.3.1 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.

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

- opleidingseisen (zie paragraaf 4.2);
- eventuele eisen ten aanzien van de persoon van de therapeut;
- praktijkuitoefening en minimale praktijkomvang (zie paragraaf 4.4 t/m 4.7);
- onderworpen zijn aan tuchtrecht en klachtenregelingen (zie paragraaf 4.8).

**Normen ten aanzien van het beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten**

5. *De organisatie maakt duidelijk welke selectiecriteria zij hanteert voor opname in een beroepsregister.*
6. *Indien de organisatie een systeem kent van herregistratie maakt de organisatie duidelijk welke regels er voor herregistratie gelden.*
7. *De organisatie zorgt ervoor dat gekwalificeerde beroepsbeoefenaren als zodanig herkenbaar zijn voor patiënten/cliënten.*
8. *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 4.9).

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.

#### **4.3.2 Stand van zaken ten aanzien van het beroepsregister en herkenbaarheid**

Vaak is het onderscheid tussen een ledenlijst en een beroepsregister nog onduidelijk. Binnen het veld van de alternatieve genees-/behandelwijzen zijn er echter wel initiatieven om te komen tot openbare beroepsregisters, waarbij eenduidige eisen aan de beroepsbeoefenaren worden gesteld. Bijvoorbeeld de ANG is in 1997 gestart 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.

In 2000 houden alle beroepsorganisaties een ledenlijst en bijna alle organisaties (97%) hebben ook de criteria voor het lidmaatschap op schrift gesteld. Bij ruim tweederde (68%) van de organisaties is deze ledenlijst openbaar.

Volgens de gegevens uit 2000 beschikken 60 beroepsorganisaties (83%) over een eigen beroepsregister. Elf organisaties maken (ook) gebruik van het beroepsregister van een koepelorganisatie of van een externe organisatie, zodat in totaal 99% van de organisaties over een beroepsregister zegt te beschikken. Dit percentage was in 1996 veel lager, namelijk 75%. In totaal hebben in 2000 53 organisaties (74%) de eisen voor opname in het beroepsregister op schrift gesteld, terwijl dit percentage in 1996 nog op 54% lag. In de vragenlijst was een beroepsregister omschreven als 'een register waarin praktiserende leden zijn opgenomen die voldoen aan de door de organisatie gestelde eisen'. Bij 68% van de organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek is het beroepsregister openbaar (zie tabel 4.4). Uit tabel 4.4 blijkt dat het aantal organisaties met een openbaar beroeps-

register significant is toegenomen ten opzichte van 1996. Tabel 4.4 laat eveneens andere methoden zien waarmee beroepsbeoefenaren voor patiënten en cliënten herkenbaar zijn.

Tabel 4.4 Herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren voor patiënten en cliënten

	Aantal organisaties (%)				p
	1996	(n=81)	2000	(n=72)	
Niet herkenbaar	3	(4%)	1	(1%)	n.s.
Herkenbaar via deurplaat of schild	48	(59%)	46	(64%)	n.s.
Herkenbaar via openbaarheid van het beroepsregister	37	(46%)	49	(68%)	0.01
Herkenbaar via een informatiefolder voor patiënten/cliënten	58	(72%)	59	(82%)	n.s.
Herkenbaar via tijdschrift/periodiek van de organisatie	20	(25%)	20	(28%)	n.s.
Anders	32	(40%)	38	(53%)	n.s.

In totaal geeft 82% van de organisaties uit 2000 aan dat de beroepsbeoefenaren herkenbaar zijn voor patiënten via een informatiefolder of brochure, zoals tabel 4.4 laat zien. Bij meer dan de helft van de organisaties wordt gebruik gemaakt van een deurplaat of schild. Daarnaast worden nog tal van andere manieren genoemd, zoals bijvoorbeeld, internet, het RING-schild, de Gouden Gids, kennismakingsavonden, tijdschriften, advertenties, open dagen enzovoorts.

## 4.4 Toepassing van de genees- of behandelwijze

### 4.4.1 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. Ook door de ANG, het CBO en andere organisaties zijn raamwerken voor beroepsprofielen opgesteld.

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

9. *De organisatie beschikt over een omschrijving op schrift van de door de beroepsbeoefenaren toegepaste genees-/behandelwijze(n).*
10. *De organisatie beschikt over een omschrijving op schrift van de deskundigheden en vaardigheden van de beroepsbeoefenaren.*
11. *De organisatie maakt duidelijk welke onderdelen van de beroepsuitoefening zijn geregeld in protocollen, richtlijnen of standaarden.*
12. *De organisatie maakt duidelijk welke regels of normen gelden voor het stellen van een diagnose.*
13. *De organisatie maakt duidelijk welke regels en normen zij stelt voor het voorschrijven van medicijnen.*
14. *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 4.9) 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.

#### 4.4.1 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 4.5 is onderscheid gemaakt in schriftelijk vastgelegde regels en normen en mondelinge afspraken (dat wil zeggen regels die (nog) niet op schrift zijn gesteld).

Tabel 4.5 Regels en normen met betrekking tot het toepassen van de genees- of behandelwijze

	mondeling		schriftelijk		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Omschrijving van de genees-/ behandelwijze	2 (3%)	0 (0%)	64 (79%)	68 (94%)	n.s.
Omschrijving van deskundigheden en vaardigheden	9 (11%)	7 (10%)	52 (64%)	58 (81%)	n.s.
Protocollen, standaarden of richtlijnen	9 (11%)	7 (10%)	50 (62%)	52 (72%)	n.s.
Regels/normen voor het voorschrijven van medicijnen	7 (9%)	10 (14%)	18 (22%)	36 (50%)	n.s.
Regels/normen voor het stellen van de diagnose	15 (19%)	5 (7%)	31 (38%)	22 (31%)	n.s.
Regels/normen voor andere specifieke handelingen	6 (7%)	4 (6%)	21 (26%)	26 (36%)	n.s.

De overgrote meerderheid van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek beschikt over een omschrijving van de genees- of behandelwijze die door de beroepsbeoefenaren wordt toegepast. De hiervoor vereiste deskundigheden en vaardigheden zijn bij ruim 80% van de organisaties schriftelijk vastgelegd. Ongeveer driekwart van de organisaties meldt dat zij beschikken over een of meerdere schriftelijke protocollen, richtlijnen of standaarden waarin aspecten van de beroepsuitoefening zijn geregeld. (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 (31%) of voor het voorschrijven van medicijnen (50%). Een aantal organisaties

heeft wel mondelinge afspraken op dit gebied. Andere specifieke handelingen waarvoor regels zijn opgesteld betreffen onder andere: hygiënische steriliteit, elektronische meetapparatuur, de omgang en interactie met reguliere zorgverleners of regels ten aanzien van het doorboren van de huid. Ten aanzien van vijf van de zes normen uit tabel 4.5 zijn in 2000 meer regels gesteld dan in 1996, maar dit verschil is niet significant.

## 4.5 Organisatie van de zorgverlening

### 4.5.1 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 behandelarieven. Het CBO heeft een model voor een cliëntendossier ontwikkeld.

#### **Normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening**

*De organisatie maakt duidelijk:*

15. welke regels en normen gelden voor de bereikbaarheid van beroepsbeoefenaren;
16. welke richtlijnen gelden voor de inrichting van de praktijkruimten;
17. welke regels of normen gelden voor de patiënten- of cliëntenstatus of dossier;
18. welke regels en normen gelden voor het bewaken van de hygiëne;
19. welke regels en normen gelden voor de tarieven van de behandeling;
20. 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 bouwen veiligheidsvoorschriften van de gemeente. Aanvullende voorschriften 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 aangetekend. Vanzelfsprekend wordt daarbij de wetgeving op het gebied van de privacybescherming in acht genomen (zie ook paragraaf 4.6). 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.

#### 4.5.2 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 4.6 weergegeven.

Tabel 4.6 Regels en normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening

	mondeling		schriftelijk		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Regels/normen aangaande de bereikbaarheid	10 (12%)	9 (13%)	20 (25%)	39 (54%)	0.002
Regels/normen voor de praktijk-inrichting	12 (15%)	7 (10%)	32 (40%)	43 (60%)	n.s.
Regels/normen voor patiënten-status(dossier)	6 (7%)	4 (6%)	42 (52%)	55 (76%)	0.01
Regels/normen voor hygiëne (evt. steriliteit)	12 (15%)	5 (7%)	22 (27%)	40 (56%)	0.001
Regels/normen m.b.t. tarieven van de behandeling	15 (19%)	9 (13%)	43 (53%)	46 (64%)	n.s.

Tabel 4.6 laat zien dat meer dan de helft van de beroepsorganisaties in 2000 beschikt over schriftelijk vastgelegde regels ten aanzien van de in de vragenlijst onderscheiden regels en normen. Ruim driekwart van de deelnemende organisaties heeft regels en normen die beschrijven waar de patiëntenstatus aan moet voldoen. Ongeveer tweederde van de



organisaties hanteert normen met betrekking tot (advies)tarieven die in rekening worden gebracht. Daarnaast heeft een minderheid mondelinge afspraken op dit gebied. Uit Tabel 4.6 blijkt tenslotte dat beroepsorganisaties in de afgelopen jaren significant meer schriftelijke regels en normen ten aanzien van de bereikbaarheid, de patiëntenstatus en voor hygiëne hebben gesteld. Zoals al eerder is opgemerkt, is in de enquête niet gevraagd naar de inhoud van de regels en evenmin naar de naleving ervan.

## 4.6 Attitude en gedrag

### 4.6.1 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 voormalige 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:*

21. *welke regels en normen gelden ten aanzien van de privacybescherming van patiënten/cliënten;*
22. *welke beroepscode/gedragsregels gelden voor het omgaan met patiënten of cliënten;*
23. *welke gedragscode/regels gelden voor het omgaan met collega's;*
24. *welke regels en normen gelden voor de overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten;*
25. *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 4.5).

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. 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 hieromtrent hebben geformuleerd.

In de beroepscode of gedragsregels kunnen onder andere 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 diskrediet 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 4.7.

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.

#### **4.6.2 Stand van zaken ten aanzien van attitude en gedrag**

In tabel 4.7 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.

Ruim 80% van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek heeft schriftelijk vastgelegde regels voor de privacybescherming van patiënten. Bij eveneens ruim 80% van de organisaties is in een gedragscode vastgelegd op welke wijze met de patiënt wordt omgegaan en hoe patiënten dienen te worden bejegend. In tweederde van de gevallen hebben de beroepsorganisaties een gedragscode voor het omgaan met collega's, de onderlinge verwijzingen en de eventuele nazorg aan patiënten. In tabel 4.7 is te zien dat daarnaast een aantal organisaties mondelinge afspraken heeft ten aanzien van de attitude en gedrag van beroepsbeoefenaren. Tenslotte blijkt uit tabel 4.7 dat er met betrekking tot het hebben van schriftelijke regels en normen ten aanzien van attitude en gedrag geen significante verschillen tussen 1996 en 2000 gevonden zijn.

Tabel 4.7 Regels en normen ten aanzien van attitude en gedrag

	mondeling		schriftelijk		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Regels/normen m.b.t. de privacy van patiënten	14 (17%)	7 (10%)	52 (64%)	59 (82%)	n.s.
Gedragcode/regels voor het omgaan met patiënten	13 (16%)	6 (8%)	54 (67%)	60 (83%)	n.s.
Gedragcode/regels voor het omgaan met collega's	17 (21%)	12 (17%)	43 (53%)	48 (67%)	n.s.
Regels/normen voor overdracht of nazorg	11 (14%)	8 (11%)	38 (47%)	45 (63%)	n.s.

## 4.7 Relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren

### 4.7.1 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 kan bemoeilijkt worden doordat reguliere en alternatieve zorg per definitie verschillende paradigma's hanteren voor de verklaring van ziekte en gezondheid. Onder andere daardoor kan de relatie tussen alternatieve en reguliere zorg een complexe aangelegenheid zijn.

#### Normen met betrekking tot de relatie met reguliere beroepsbeoefenaren

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

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

28. 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.

De volgende aspecten kunnen bijvoorbeeld worden beschreven:

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

#### 4.7.2 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 4.8 geeft de resultaten.

Tabel 4.8 Organisaties met regels ten aanzien van de relatie met reguliere beroepsbeoefenaren

	mondeling		schriftelijk		p
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	1996 (n=81)	2000 (n=72)	
Informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de toegepaste genees- of behandelwijze	12 (15%)	6 (8%)	45 (55%)	52 (72%)	n.s.
Informatie over begrenzing van aandoeningen of klachten die behandeld worden	16 (20%)	15 (21%)	26 (32%)	35 (49%)	n.s.
Regels voor de samenwerking met huisartsen en andere reguliere beroepsbeoefenaren	23 (28%)	19 (26%)	18 (22%)	29 (40%)	n.s.
Regels voor informatie-uitwisseling over de behandeling van patiënten	18 (22%)	17 (24%)	21 (26%)	33 (46%)	0.04
Regels voor doorverwijzing van patiënten naar huisartsen of de reguliere gezondheidszorg	20 (25%)	19 (26%)	21 (26%)	33 (46%)	0.04

Ongeveer driekwart van de organisaties gaf tijdens de derde fase van het onderzoek (in 2000) aan dat men beschikt over schriftelijke informatie over de genees- of behandelwijze voor reguliere beroepsbeoefenaren zoals bijvoorbeeld huisartsen. Minder vaak, namelijk in ongeveer 50% van de gevallen, beschikt men over schriftelijke regels over begrenzing van de aandoeningen of klachten die door de beroepsbeoefenaren worden behandeld. Iets minder dan de helft van de organisaties heeft schriftelijk vastgelegde regels over samenwerking, informatie-uitwisseling en doorverwijzingen naar huisartsen en andere reguliere beroepsbeoefenaren. Daarnaast heeft eveneens ruim een kwart van de

organisaties mondelinge afspraken over de relatie tot de reguliere gezondheidszorg. Dit betekent dat bij een kwart van de organisaties geen mondelinge afspraken of schriftelijke regels bestaan over de relatie tot de reguliere gezondheidszorg. Tenslotte blijkt uit tabel 4.8 dat op het gebied van schriftelijke regels ten aanzien van de informatie uitwisseling over de behandeling van patiënten en de doorverwijzing naar de reguliere gezondheidszorg een significante toename in 2000 ten opzichte van 1996 is te zien.

## 4.8 Tuchtrecht en klachtenopvang

### 4.8.1 Kwaliteitsnormen in het referentiekader

Sinds mei 1995 is de klachtenbehandeling geregeld in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Het klachtrecht 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 echter 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.

Tuchtrecht heeft als doel het vertrouwen in de beroepsgroep te waarborgen. Een wettelijk tuchtrecht is van toepassing op de in de Wet BIG geregelde beroepen (waaronder artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten). De Wet BIG bevat voorschriften omtrent de samenstelling van de tuchtcolleges en de tuchtrechtprocedures. Ook zonder een wettelijke verplichting kunnen beroepsverenigingen een verenigingstuchtrecht in het leven roepen om het gedrag van een beroepsbeoefenaar te toetsen bij (het vermoeden van) ernstige nalatigheid. Het tuchtrecht is bedoeld om nalatige beroepsbeoefenaren tot de orde te roepen, het klachtrecht beoogt genoegdoening voor de patiënt.

#### **Normen ten aanzien van klachtenopvang en tuchtrecht**

- 29. *De organisatie heeft een klachtenreglement en een klachtencommissie.*
- 30. *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.*
- 31. *De organisatie heeft een intern (verenigings)tuchtrecht en een tuchtcommissie.*
- 32. *De organisatie maakt inzichtelijk hoe wordt zorggedragen voor een adequate toepassing van het verenigingstuchtrecht.*

De eerste norm vraagt van een organisatie duidelijk te maken hoe zij een 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 Klachtrecht 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. In de afgelopen jaren hebben, met ondersteuning vanuit het CBO, de AAG en NPCF een gezamenlijk klachtenreglement opgesteld. Een tweede voorbeeld van een gezamenlijk klachtenreglement is een samenwerking tussen de Nederlandse Vereniging

voor Acupunctuur (NVA), de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP), de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), en de NPCF. Sinds 1997 heeft de ANG een klacht- en tuchtrecht ontwikkeld. Tenslotte heeft het Registratie Instituut Natuurlijke Geneeswijzen (RING) in 1995 een klachtenreglement opgesteld. Onder andere de volgende aspecten kunnen in een klachtenreglement 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 onder andere 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.

#### **4.8.2 Stand van zaken ten aanzien van tuchtrecht en klachtenopvang**

Van de organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek meldt 75% 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 in 1996 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 4.9 weergegeven.

Tabel 4.9 Regelingen met betrekking tot klachtenopvang

	Aantal organisaties (%)		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Er is een schriftelijk reglement voor klachtbehandeling	53 (65%)	62 (86%)	n.s.
Er is een schriftelijk reglement voor de klachtencommissie	54 (67%)	63 (88%)	0.05
Er is een functionerende klachtencommissie	58 (72%)	62 (86%)	n.s.
- klachtencommissie bestaat uit leden van de beroepsorganisatie	25 (31%)	21 (29%)	n.s.
- in klachtencommissie participeert ook een onafhankelijke partij	28 (35%)	35 (49%)	n.s.
Er is een registratie van binnengekomen klachten	58 (72%)	60 (83%)	n.s.

De tabel laat zien dat 86% van de organisaties in 2000 zegt te beschikken over regelingen voor de behandeling van klachten. Een ongeveer even groot aantal organisaties heeft aangegeven over een schriftelijk reglement voor de klachtencommissie te beschikken. Van de huidige functionerende klachtencommissies bestaat het merendeel zowel uit leden van de beroepsorganisatie als uit een onafhankelijke partij. Bij 60 (83%) van de organisaties wordt een registratie van binnengekomen klachten bijgehouden. Daarvan meldde ongeveer tweederde dat de klachtenregistratie systematisch wordt gebruikt om verbeteringen in de beroepsuitoefening aan te brengen.

Met betrekking tot verschillen tussen de meting uit 1996 en die uit 2000, blijkt uit tabel 4.9 dat er in 2000 een significante toename is te zien van het aantal beroepsorganisaties dat beschikt over een schriftelijk reglement voor een klachtencommissie. Voor wat betreft de overige regelingen die betrekking hebben op de behandeling van klachten zijn geen significante verschillen gevonden.

## 4.9 Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering

### 4.9.1 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. 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. Ten tweede wordt ingegaan op intercollegiale kwaliteitstoetsing. 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. 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:*

- 33. patiënten/cliënten(organisaties) betrokken zijn bij kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering;*
- 34. intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering plaatsvindt;*
- 35. zij bewaakt dat beroepsbeoefenaren voldoen aan de binnen de organisatie geldende regels, normen of eisen;*
- 36. 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, bijvoorbeeld:

- 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, onder andere:

- 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 (bijna) ongevallen, 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.

#### 4.9.2 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 4.10 weergegeven. In de tabel wordt onderscheid gemaakt tussen incidentele en routinematige meningspeilingen, waarbij routinematig is gedefinieerd als eens per twee jaar.

Tabel 4.10 Betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties) bij kwaliteitsbewaking en -verbetering

	Aantal organisaties (%)		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Meningspeilingen bij patiënten door beroepsbeoefenaren:			
- Incidenteel	19 (24%)	22 (31%)	n.s.
- Routinematig	5 (6%)	4 (6%)	n.s.
Meningspeilingen bij patiënten door beroepsorganisatie			
- Incidenteel	4 (5%)	8 (11%)	n.s.
- Routinematig	1 (1%)	1 (1%)	n.s.
Schriftelijke overeenkomst met patiënten-/consumentenorganisaties door			
- Beroepsbeoefenaren	4 (5%)	4 (6%)	n.s.
- Beroepsorganisatie	3 (4%)	5 (7%)	n.s.
Beoordeling door patiënten-/consumentenorganisaties	5 (6%)	6 (8%)	n.s.

Uit de enquête van 2000 is gebleken dat in totaal 49% van de beroepsorganisaties (niet in tabel) op enigerlei wijze (incidenteel of routinematig) meningspeilingen onder patiënten verrichten. Dit betekent dat het bij de andere helft 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: 25 (35%) organisaties melden dat geen tevredenheidsonderzoek wordt gedaan en dat men dat ook niet van plan is, terwijl 15

organisaties melden dat men van plan is om in de toekomst tevredenheidsonderzoek uit te gaan voeren.

Tabel 4.10 laat zien dat ongeveer eenderde van de beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek leden hebben die, incidenteel, meningspeilingen bij patiënten verrichten. Ruim tien procent van de beroepsorganisaties verricht dergelijke meningspeilingen zelf. Slechts enkele organisaties hebben in de vragenlijst aangegeven dat er routinematig meningspeilingen bij patiënten worden verricht, dat er schriftelijke overeenkomsten zijn met patiënten/consumentenorganisaties of dat patiënten/consumentenorganisaties de kwaliteit van praktiserende leden beoordelen. De resultaten van het onderzoek met betrekking tot de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties bij kwaliteitsbewaking uit 2000 zijn vergelijkbaar met die uit 1996.

Er zijn gradaties in kwaliteitsbewaking door collega-beroepsbeoefenaren. Volgens 41 organisaties wordt in 2000 een structurele vorm van intercollegiaal overleg (structurele overlegvormen zijn gedefinieerd als eens per twee maanden) toegepast. Volgens een schatting van deze organisaties participeert gemiddeld ongeveer de helft van de leden in dergelijk overleg. De verschillen tussen de organisaties zijn groot: één organisatie schat dat 5% van de leden structureel in intercollegiaal overleg participeert, terwijl vijf organisaties schatten dat dat 100% van de leden is. Structurele supervisie wordt door 33 organisaties gehanteerd.

Een minderheid van de organisaties - in totaal 18 - kennen een systeem van intercollegiale toetsing. Tenslotte meldt 44% van de organisaties in 2000 dat kwaliteitsbewaking plaatsvindt via sociale controle binnen de beroepsgroep.

Van de 72 beroepsorganisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek beschikken er 40 (56%) over een beleidsplan waarin de doelstellingen en plannen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -verbetering zijn omschreven. 26 organisaties (36%) zijn van plan dergelijke beleidsplannen te gaan ontwikkelen, zo hebben zij in de enquête aangegeven. Via mondelinge contacten en via berichten in het verenigingstijdschrift 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 4.11).

Tabel 4.11 Aantal organisaties dat de kwaliteit van haar leden bewaakt

	Aantal organisaties (%)		
	1996 (n=81)	2000 (n=72)	p
Kwaliteitsbewaking naar aanleiding van klachten	55 (68%)	57 (79%)	n.s.
Kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie	24 (30%)	28 (39%)	n.s.
Kwaliteitsbewaking via visitatie door de organisatie	15 (19%)	25 (35%)	0.02
Overige vormen van kwaliteitsbewaking	23 (28%)	30 (42%)	n.s.

Tabel 4.11 laat zien dat bijna 80% van de beroepsorganisaties in 2000 heeft aangegeven dat zij de kwaliteit van haar leden bewaakt door acties te ondernemen naar aanleiding van klachten over een beroepsbeoefenaar. Ongeveer 40% van de organisaties heeft aangegeven dat kwaliteitsbewaking plaatsvindt via een systeem van herregistratie (het lidmaatschap van de organisaties moet periodiek worden vernieuwd). Tenslotte melden 25 organisaties (35%) dat zij vormen van visitatie hanteren om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken.

Als overige vormen van kwaliteitsbewaking is in 2000 onder andere genoemd; verplichte na- en/of bijscholing, het hanteren van een klachtenreglement, tuchtrecht en/of een beroepscode. Uit tabel 4.11 blijkt tenslotte dat ten opzichte van 1996 de beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen significant vaker gebruik maken van visitatie van de leden om de kwaliteit van de zorg te bewaken.

Ongeveer éénvijfde van de beroepsorganisaties heeft tenslotte in de enquête van 2000 aangegeven 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. Dit laatste cijfer is overeenkomstig aan dat van 1996.

## 4.10 Totaaloverzicht van de stand van zaken

In de vorige paragrafen is de stand van zaken met betrekking tot de afzonderlijke rubrieken uit het referentiekader 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 beschreven en verantwoord.

### 4.10.1 Methode gevolgd bij de indeling in zeven niveaus

Voor de indeling in niveaus wordt de in 1996 gehanteerde indeling gebruikt. Deze indeling is gebaseerd op de hoofdruubrieken in het referentiekader. Er wordt van uit gegaan dat een hoofdruubriek voldoende geregeld is indien een organisatie voldoet aan méér dan de helft van de normen in die rubriek. Schema 4.2 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 de rapportage over de eerste fase van het onderzoek (NIVEL, 1997).

Schema 4.2 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.

De indeling in niveaus gaat uit van zeven rubrieken. De achtste rubriek uit het referentiekader - kwaliteitsbewaking en -verbetering - is buiten beschouwing gelaten, evenals de normen aangaande de naleving en bewaking van de diverse regels en normen. Deze normen waren onvoldoende in de enquête uit 1996 opgenomen, zodat hieromtrent geen vergelijking kan worden gemaakt.

#### 4.10.2 Beroepsorganisaties ingedeeld in zeven niveaus

Tabel 4.12 geeft weer hoeveel organisaties voldoen aan de meerderheid van de normen per rubriek en laat zien dat in vergelijking tot 1996 er bij alle rubrieken vooruitgang is geboekt. Deze vooruitgang is significant voor wat betreft de gestelde regels en normen met betrekking tot het beroepsregister en de herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren, de ontwikkeling van het tuchtrecht en klachtenopvang en de organisatie van de beroepsuitoefening. Het gevonden verschil tussen 1996 en 2000 op het gebied van de relatie tot de reguliere zorg is ook vrij groot, echter niet significant ( $p=0.06$ ).

Tabel 4.12 Aantal organisaties dat voldoet aan de meerderheid van de normen per rubriek

Rubriek	Aantal organisaties (%)			p
	1996	(n=81)	2000 (n=72)	
Opleiding, bij- en nascholing	68	(84%)	68 (94%)	n.s.
Beroepsregister en herkenbaarheid	51	(63%)	59 (82%)	0.03
Attitude en gedrag	44	(54%)	54 (75%)	n.s.
Tuchtrecht en klachtenopvang	42	(52%)	48 (67%)	0.01
Toepassing van de genees-/behandelwijze	32	(40%)	40 (56%)	n.s.
Organisatie van de beroepsuitoefening	27	(34%)	45 (63%)	0.001
Relatie tot de reguliere zorg	22	(27%)	33 (46%)	n.s.

Tabel 4.13 Aantal beroepsorganisaties ingedeeld in zeven niveaus

	Aantal organisaties (%)			p
	1996	(n=81)	2000 (n=72)	
1. Eén rubriek voldoende geregeld	14	(17%)	5 (7%)	0.004
2. Twee rubrieken voldoende geregeld	13	(16%)	2 (3%)	
3. Drie rubrieken voldoende geregeld	15	(18%)	8 (11%)	
4. Vier rubrieken voldoende geregeld	12	(15%)	11 (15%)	
5. Vijf rubrieken voldoende geregeld	12	(15%)	19 (26%)	
6. Zes rubrieken voldoende geregeld	8	(10%)	14 (20%)	
7. Zeven rubrieken voldoende geregeld	7	(9%)	13 (18%)	
Totaal	81	(100%)	72 (100%)	

Tabel 4.13 geeft weer hoeveel organisaties aan de indeling in de zeven niveaus voldoen en laat zien dat bij 10% van de organisaties uit 2000 één of twee rubrieken voldoende zijn gereguleerd. De meerderheid van de organisaties heeft in 2000 vier of meer rubrieken uit het referentiekader voldoende geregeld. Tabel 4.13 laat ook zien dat organisaties in 2000

significant meer rubrieken voldoende hebben gescoord in vergelijking met 1996. Het omslagpunt lijkt hier te liggen bij vier rubrieken; in 2000 hebben meer organisaties meer rubrieken voldoende uitgewerkt, terwijl nog maar slechts een minderheid van de organisaties minder dan vier rubrieken voldoende heeft gescoord.

#### **4.11 Conclusies**

Uit de resultaten die in dit hoofdstuk zijn beschreven blijkt dat er een diversiteit bestaat in de mate waarin beroepsorganisaties - naar eigen zeggen - op dit moment voldoen aan de in het referentiekader gestelde normen. Een groot deel van de organisaties voldoet in 2000 aan nagenoeg alle normen terwijl er ook een aantal organisaties zijn die nog aan het begin staan van de kwaliteitsontwikkelingen en op dit moment aan slechts enkele normen voldoen. Deze bevinding is een grote vooruitgang ten opzichte van 1996; toen voldeed het merendeel van de organisaties aan slechts enkele rubrieken uit het referentiekader. De gebieden waarop vooral vooruitgang is geboekt zijn: het beroepsregister en de herkenbaarheid van therapeuten, tuchtrecht en klachtenopvang en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Met betrekking tot de herkenbaarheid van alternatieve beroepsbeoefenaren hebben de beroepsorganisaties zich in 2000 in positieve zin ontwikkeld ten opzichte van 1996. Bijna driekwart van de beroepsorganisaties meldt dat beroepsbeoefenaren voor patiënten herkenbaar zijn via de openbaarheid van het beroepsregister, terwijl in 1996 dit nog slechts de helft van de organisaties betrof. Bij organisaties met een openbaar beroepsregister kunnen patiënten/consumenten nagaan welke beroepsbeoefenaren zijn geregistreerd c.q. gekwalificeerd.

Op het gebied van schriftelijke regels en normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening is eveneens een vooruitgang vastgesteld. In 2000 bezitten beroepsorganisaties in de alternatieve gezondheidszorg vaker schriftelijke regels betreffende de bereikbaarheid, de patiëntenstatus en de hygiëne van de praktijkvoering dan in 1996. Een minderheid van de organisaties bezitten in 2000 schriftelijke regels ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen, de diagnosestelling en het uitvoeren van specifieke, aan de geneeswijze verbonden, handelingen. Deze punten verdienen aandacht bij het vormgeven van het toekomstige kwaliteitsbeleid.

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.

Op het gebied van tuchtrecht en klachtenopvang zijn vooral de gebieden die in 1996 al enigszins ontwikkeld waren (zoals het hebben van een schriftelijk reglement voor de klachtencommissie) verder ontwikkeld. Het is echter zinvol om bij de vormgeving van toekomstig kwaliteitsbeleid ook aandacht te hebben voor op dit moment minder ver ontwikkelde aspecten, zoals de samenstelling van de klachtencommissie.

Van alle onderdelen in het referentiekader is de relatie tot de reguliere zorg het minst ontwikkeld. Echter, toch is op dit gebied vooruitgang geboekt in de afgelopen jaren. Ongeveer de helft van de organisaties geeft aan dat zij in 2000 beschikken over regels voor informatie-uitwisseling over de behandeling en/of overdracht van patiënten naar reguliere zorgverleners. In 1996 gaf slechts een kwart van de organisaties aan over dergelijke regels

te beschikken. 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 beroepsbeoefenaar kan verwachten.

## 5 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 aantal kenmerken van beroepsorganisaties van invloed zijn 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, de achtergrond van de aangesloten leden en het al dan niet hebben van afspraken met zorgverzekeraars.

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. De Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG) wordt hier buiten beschouwing gelaten 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 de Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen (RING) van belang. 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, dat wil zeggen organisaties met veel leden, 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, lijkt het tevens aannemelijk 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.

Verder lijkt het aannemelijk dat indien beroepsorganisaties afspraken met zorgverzekeraars hebben over het (deels) vergoeden van de alternatieve genees-/behandelwijze, het kwaliteitsbeleid verder ontwikkeld is.

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 met hoge reguliere opleidingseis en andere organisaties en
- organisaties die afspraken met zorgverzekeraars hebben en andere organisaties.

## 5.1 Grootte van de organisatie

Zoals blijkt uit de cijfers in hoofdstuk 3, verschillen de beroepsorganisaties in de alternatieve zorg sterk in grootte. Van de 72 responderende beroepsorganisaties uit 2000 hebben er 28 (39%) vijftig werkende leden of minder en 43 organisaties (60%) meer dan 50 werkende leden; van 1 organisatie (1%) is het aantal werkende leden onbekend.

Tabel 5.1 geeft weer hoever kleine, respectievelijk grote organisaties uit 1996 en 2000 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 4 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 kan met de verzamelde gegevens niet worden beantwoord.

Tabel 5.1 Het kwaliteitsbeleid van kleine (50 of minder werkende leden) en grote (meer dan 50 werkende leden) organisaties

niveaus	aantal organisaties					
	1996			2000		
	groot (n=38)	klein (n=33)	totaal (n=71)	groot (n=43)	klein (n=28)	totaal (n=71)
Eén rubriek voldoende geregeld	5 (13%)	6 (18%)	11 (15%)	5 (12%)	-	5 (7%)
Twee rubrieken voldoende geregeld	7 (16%)	5 (15%)	12 (17%)	-	2 (7%)	2 (3%)
Drie rubrieken voldoende geregeld	6 (20%)	7 (21%)	13 (18%)	5 (12%)	3 (11%)	8 (11%)
Vier rubrieken voldoende geregeld	7 (9%)	4 (12%)	11 (15%)	7 (16%)	4 (14%)	11 (15%)
Vijf rubrieken voldoende geregeld	4 (18%)	7 (21%)	11 (15%)	10 (23%)	9 (32%)	19 (27%)
Zes rubrieken voldoende geregeld	3 (11%)	4 (12%)	7 (10%)	8 (19%)	6 (21%)	14 (20%)
Zeven rubrieken voldoende geregeld	6 (13%)	-	6 (8%)	8 (19%)	4 (14%)	12 (17%)

De cijfers laten een gevarieerd beeld zien. Van de grote organisaties uit 2000 heeft ongeveer éénvierde drie of minder rubrieken voldoende geregeld. Ongeveer tweederde van de grote organisaties uit 2000 heeft vijf of meer rubrieken voldoende ontwikkeld. Een vergelijkbaar beeld is gevonden voor de kleinere organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek. Net als in 1996 is ook in 2000 van verschillen tussen grote en kleine organisaties dus weinig sprake.

## 5.2 Rol van de koepelorganisaties

Zoals aangegeven hebben de pogingen van de afgelopen jaren om enige ordening in het veld aan te brengen, geresulteerd in het bestaan van drie koepels van beroepsorganisaties in het alternatieve veld. Voor meer informatie over de betreffende koepelorganisaties en hun activiteiten verwijzen we naar de publicaties over de eerste twee fasen van dit onderzoek (NIVEL, 1997 & 1998) en de koepelorganisaties zelf.

Van de 72 geënquêteerde beroepsorganisaties uit 2000 zijn er 39 (54%) wel en 33 (46%) niet bij een van deze vier koepelorganisaties of een andere externe organisatie aangesloten (zie ook paragraaf 3.2).



Tabel 5.2 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. Ongeveer tweederde van de organisaties die niet zijn aangesloten bij een koepel heeft vijf of meer rubrieken voldoende gereguleerd. Dit is een grote verandering ten opzichte van 1996. Toen had niet meer dan 22% van de organisaties die niet bij een koepel waren aangesloten vijf of meer rubrieken voldoende uitgewerkt.

Tabel 5.2 Het kwaliteitsbeleid van organisaties die al dan niet zijn aangesloten bij een koepelorganisatie of externe organisatie

niveaus	aantal organisaties					
	1996			2000		
	koepel (n=45)	geen koe- pel (n=36)	totaal (n=81)	koepel (n=39)	geen koe- pel (n=33)	totaal (n=72)
Eén rubriek voldoende geregeld	6 (13%)	8 (22%)	14 (17%)	1 (3%)	4 (12%)	5 (7%)
Twee rubrieken voldoende geregeld	7 (16%)	6 (17%)	13 (16%)	2 (5%)	-	2 (3%)
Drie rubrieken voldoende geregeld	9 (20%)	6 (17%)	15 (18%)	2 (5%)	6 (18%)	8 (11%)
Vier rubrieken voldoende geregeld	4 (9%)	8 (22%)	12 (15%)	9 (23%)	2 (6%)	11 (15%)
Vijf rubrieken voldoende geregeld	8 (18%)	4 (11%)	12 (15%)	8 (21%)	11 (33%)	19 (26%)
Zes rubrieken voldoende geregeld	5 (11%)	3 (8%)	8 (10%)	9 (23%)	5 (15%)	14 (19%)
Zeven rubrieken voldoende geregeld	6 (13%)	1 (3%)	7 (9%)	8 (21%)	5 (15%)	13 (18%)

### 5.3 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 als beroepsbeoefenaars die niet op een regulier HBO-niveau zijn opgeleid lid zijn.

Van de 72 in 2000 geënquêteerde organisaties stellen er 45 (63%) één of meer van de volgende eisen om tot de opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze te worden toegelaten: minimaal HBO-niveau (19), paramedische opleiding (10), verpleegkundige opleiding (3), artsenopleiding (10) of anderszins universitair geschoold (3). De overige 27 organisaties (38%) stellen geen of lagere opleidingseisen.

Tabel 5.3 geeft weer hoever organisaties die wèl, respectievelijk niet uitsluitend openstaan voor beroepsbeoefenaars met een HBO- of universitaire opleiding, zijn gevorderd bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Opnieuw zijn de organisaties daartoe ondergebracht in zeven niveaus en opgesplitst naar respectievelijk de eerste (1996) en derde (2000) fase van het onderzoek.

In 2000 heeft de meerderheid van de organisaties die hogere opleidingseisen stellen vijf of meer rubrieken voldoende geregeld. Voor organisaties die lagere opleidingseisen stellen geldt dit eveneens. Echter, deze laatste organisaties hebben toch vooral drie tot vijf rubrieken voldoende gescoord.

Tabel 5.3 Het kwaliteitsbeleid van organisaties die alleen openstaan voor leden met een HBO- of universitaire opleiding en andere organisaties

niveaus	aantal organisaties					
	1996			2000		
	HBO/U (n=38)	niet HBO/U (n=43)	totaal (n=81)	HBO/U (n=35)	niet HBO/U (n=37)	totaal (n=72)
Eén rubriek voldoende geregeld	6 (16%)	8 (19%)	14 (17%)	2 (6%)	3 (8%)	5 (7%)
Twee rubrieken voldoende geregeld	7 (18%)	6 (14%)	13 (16%)	2 (6%)	-	2 (3%)
Drie rubrieken voldoende geregeld	7 (18%)	8 (19%)	15 (18%)	3 (9%)	5 (14%)	8 (11%)
Vier rubrieken voldoende geregeld	5 (13%)	7 (16%)	12 (15%)	3 (9%)	8 (22%)	11 (15%)
Vijf rubrieken voldoende geregeld	5 (13%)	7 (16%)	12 (15%)	10 (29%)	9 (24%)	19 (26%)
Zes rubrieken voldoende geregeld	4 (11%)	4 (9%)	8 (10%)	8 (23%)	6 (16%)	14 (19%)
Zeven rubrieken voldoende geregeld	4 (11%)	3 (7%)	7 (9%)	7 (20%)	6 (16%)	13 (18%)

## 5.4 Afspraken met zorgverzekeraars

Van de organisaties die in 2000 meededen aan het onderzoek hadden er 14 (19%) een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar over de vergoeding van de toegepaste genees-/behandelwijze. De overige 58 organisaties (81%) hebben dit niet.

Tabel 5.4 Het kwaliteitsbeleid van organisaties die een schriftelijke overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar en andere organisaties

niveaus	aantal organisaties					
	1996			2000		
	wel (n=8)	niet (n=73)	totaal (n=81)	wel (n=14)	niet (n=58)	totaal (n=72)
Eén rubriek voldoende geregeld	-	14 (19%)	14 (17%)	-	5 (9%)	5 (7%)
Twee rubrieken voldoende geregeld	2 (25%)	11 (15%)	13 (16%)	1 (7%)	1 (2%)	2 (3%)
Drie rubrieken voldoende geregeld	1 (13%)	14 (19%)	15 (18%)	-	8 (14%)	8 (11%)
Vier rubrieken voldoende geregeld	-	12 (16%)	12 (15%)	3 (21%)	8 (14%)	11 (15%)
Vijf rubrieken voldoende geregeld	-	12 (16%)	12 (15%)	2 (14%)	17 (29%)	19 (26%)
Zes rubrieken voldoende geregeld	2 (25%)	6 (8%)	8 (10%)	3 (21%)	11 (19%)	14 (19%)
Zeven rubrieken voldoende geregeld	3 (38%)	4 (5%)	7 (9%)	5 (36%)	8 (14%)	13 (18%)

Tabel 5.4 laat voor de jaren 1996 en 2000 zien hoeveel rubrieken uit het referentiekader er voldoende geregeld waren door organisaties die respectievelijk wel of geen schriftelijke overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar. Uit deze tabel blijkt dat het overgrote merendeel van de organisaties die in 2000 wel zo'n overeenkomst hebben, vier of meer rubrieken voldoende geregeld hebben. De organisaties die geen schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben, hebben minder rubrieken voldoende geregeld. Van deze

laatste groep organisaties uit 2000 heeft een kwart drie of minder rubrieken voldoende geregeld. Een zelfde beeld is te zien voor de organisaties die in 1996 meededen aan het onderzoek.

## 5.5 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid: een nadere verkenning

Voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de alternatieve gezondheidszorg is het van belang om meer inzicht te krijgen in welke factoren van invloed zijn op een succesvolle implementatie van dit beleid. Om hier inzicht in te krijgen hebben we onderzocht in hoeverre de kenmerken van beroepsorganisaties bijdragen aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Hierbij is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, net als in de voorgaande paragrafen, geoperationaliseerd als het aantal rubrieken uit het in 1996 ontwikkelde referentiekader dat voldoende is gescoord. Met behulp van lineaire regressie methoden is getoetst in hoeverre de organisatiekenmerken uit de paragrafen 5.1 tot en met 5.4 (name-lijk; de grootte van de organisatie, de aansluiting bij koepelorganisaties, de aan leden gestelde opleidingseisen en de afspraken met zorgverzekeraars) en het moment van het onderzoek (2000 vs 1996) de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid beïnvloeden.

Tabel 5.5 geeft de resultaten van deze toets weer en laat zien dat in 2000 beroepsorganisaties in de alternatieve gezondheidszorg meer rubrieken voldoende scoorden in vergelijking met 1996. Verder blijkt uit tabel 5.5 dat als een beroepsorganisatie een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar heeft zij meer rubrieken voldoende hebben geregeld. De overige variabelen blijken geen significante bijdrage te leveren aan de mate waarin organisaties hun kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld. De verwachting dat organisaties die hogere opleidingseisen stellen aan hun leden, die zich hebben aangesloten bij een koepelorganisatie, die veel leden hebben en organisaties waarvan individuele leden een schriftelijke overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar blijkt dus niet op te gaan.

Tabel 5.5: Factoren die van invloed zijn op het aantal rubrieken dat voldoende is gescoord

	Aantal rubrieken voldoende	
	Beta	p
<i>Opgenomen variabelen:</i>		
Meetmoment (2000)	0.29	0.01
Opleidingseis (HBO/universiteit)	0.03	n.s.
Koepelorganisati: (wel aangesloten)	0.11	n.s.
Aantal werkzame leden	0.04	n.s.
Leden hebben schriftelijke overeenkomst met zorgverzekeraar(s)	-0.03	n.s.
Beroepsorganisatie heeft schriftelijke overeenkomst met zorgverzekeraar(s)	0.21	0.01
Verklaarde variantie	0.16	
Gecorrigeerde verklaarde variantie	0.13	

In tabel 5.5 is voor alle organisaties die in 1996 en/of 2000 hebben meegedaan aan het onderzoek onderzocht welke factoren van invloed zijn op de vordering van het kwaliteitsbeleid. Een vergelijkbare analyse is gedaan voor alleen die organisaties die in zowel 1996 als in 2000 de vragenlijst hadden ingevuld (n=59). De resultaten van deze laatste analyse (niet in tabel) zijn vergelijkbaar aan die in tabel 5.5 zijn gepresenteerd.

## 5.6 Conclusies

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten kan geconcludeerd worden dat het kwaliteitsbeleid in de sector van alternatieve genees- en behandelwijzen een positieve ontwikkeling heeft doorgemaakt in de afgelopen jaren.

Het is gebleken dat de grootte van een organisatie (het aantal werkzame leden dat een beroepsorganisatie heeft), het wel of niet aangesloten zijn bij een koepelorganisatie en het stellen van hogere opleidingseisen aan de leden niet van invloed is op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

Tenslotte hebben de resultaten uit dit hoofdstuk laten zien dat als beroepsorganisaties een schriftelijke overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar hun kwaliteitsbeleid verder ontwikkeld is. Hierbij is het echter wel van belang een onderscheid te maken tussen schriftelijke overeenkomsten die individuele leden met verzekeraars hebben en overeenkomsten die de gehele beroepsorganisatie heeft met verzekeraars. Het is namelijk gebleken dat indien individuele beroepsbeoefenaren afspraken hebben met zorgverzekeraars dit niet van invloed is op het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisatie. Als echter op het niveau van de beroepsorganisatie afspraken zijn gemaakt heeft dit een positieve invloed op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

## 6 IMPLEMENTATIE KWALITEITSBELEID

Dit hoofdstuk geeft inzicht in factoren die de implementatie van het kwaliteitsbeleid beïnvloeden. Daarnaast wordt beschreven welke ondersteuning beroepsorganisaties de afgelopen jaren hebben ontvangen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. In paragraaf 6.1 wordt allereerst beschreven wat door beroepsorganisaties als bevorderend dan wel belemmerend is ervaren bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Vervolgens wordt in paragraaf 6.2 beschreven op welke wijze beroepsorganisaties gebruik hebben gemaakt van de door het CBO geboden ondersteuning en de behoefte aan ondersteuning in de toekomst. De in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten hebben alleen betrekking op de gegevens die in 2000 zijn verzameld.

### 6.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Tabel 6.1a geeft weer wat door beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen als bevorderend is ervaren bij de invoering van het kwaliteitsbeleid.

Tabel 6.1a Bevorderende factoren bij het invoeren van een kwaliteitsbeleid (n=72)

Factoren	Aantal organisaties in 2000 (%)
Goede motivatie leden	56 (78%)
Consumentenbond onderzoek	40 (56%)
Goede interne communicatielijnen/infrastructuur	35 (49%)
Goede ondersteuning vanuit CBO	33 (46%)
Goede samenwerking met andere beroepsorganisaties	23 (32%)
Stimulerend overheidsbeleid	20 (28%)
Leden hebben ervaring van leden met kwaliteitsactiviteiten	19 (26%)
Organisatie heeft weinig leden	19 (26%)
Goede ondersteuning vanuit koepelorganisatie	19 (26%)
Organisatie beschikt over voldoende financiële middelen	16 (22%)
Goede samenwerking met patiëntenorganisaties	13 (18%)
Stimulerend beleid van zorgverzekeraars	12 (17%)
Voldoende aantal personeelsleden	10 (14%)
Overig	5 (7%)

Tabel 6.1a laat zien dat bij ongeveer 80% van de organisaties de goede motivatie van de aangesloten leden bevorderend heeft gewerkt bij het vormgeven en de invoering van het kwaliteitsbeleid. Meer dan de helft van de organisaties geeft aan dat ook het onderzoek van de Consumentenbond een stimulans was voor de vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Iets minder dan de helft van de organisaties heeft de goede interne communicatielijnen en de verkregen ondersteuning van het CBO als bevorderend ervaren. Ongeveer eenderde van de organisaties geeft aan dat de samenwerking met andere beroepsorganisaties, het overheidsbeleid, de ervaring van leden met kwaliteitsbeleid, het kleine aantal leden en de ondersteuning vanuit de koepelorganisatie bevorderend is geweest voor de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid.

Tabel 6.1b Belemmerende factoren bij het invoeren van een kwaliteitsbeleid (n=72)

Factoren	Aantal organisaties in 2000 (%)
Onvoldoende aantal personeelsleden	41 (57%)
Organisatie beschikt over onvoldoende financiële middelen	28 (39%)
Onvoldoende ervaring van leden met kwaliteitsactiviteiten	20 (28%)
Beleid van zorgverzekeraars	20 (28%)
Weinig samenwerking met andere beroepsorganisaties	14 (19%)
Overheidsbeleid	13 (18%)
Weinig samenwerking met patiëntenorganisaties	13 (18%)
Organisatie heeft veel leden	10 (14%)
Weinig ondersteuning vanuit CBO	10 (14%)
Consumentenbond onderzoek	6 (8%)
Weinig ondersteuning vanuit koepelorganisatie	6 (8%)
Slechte interne communicatielijnen/infrastructuur	5 (7%)
Slechte motivatie leden	4 (6%)
Overig	9 (13%)

Als belemmerende factor bij de invoering van het kwaliteitsbeleid is het meest vaak genoemd dat er te weinig actieve leden beschikbaar zijn om het kwaliteitsbeleid structureel vorm te geven (zie Tabel 6.1b). Ook een tekort aan financiële middelen is relatief vaak genoemd als belemmering bij de invoering van het kwaliteitsbeleid. Iets minder dan 30% van de organisaties heeft aangegeven dat het beleid van zorgverzekeraars of de gebrekkige ervaring van leden een belemmering vormt bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid. Minder dan twintig procent van de organisaties heeft aangegeven dat de samenwerking met andere beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties stroef verloopt, wat resulteert in een belemmering voor de vormgeving van het kwaliteitsbeleid.

Opvallend is dat 3 van de 20 organisaties (15%) die heeft aangegeven dat het beleid van zorgverzekeraars belemmerend werkt voor de invoering van het kwaliteitsbeleid wel een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar heeft (niet in tabel).

## 6.2 Ondersteuning bij implementatie

Beroepsorganisaties voor alternatieve genees-/behandelwijzen konden de afgelopen jaren een beroep doen op het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO voor ondersteuning bij het formuleren en uitvoeren van hun kwaliteitsbeleid. 49 (68%) van de organisaties die in 2000 de vragenlijst hebben ingevuld heeft aangegeven gebruik te hebben gemaakt van deze ondersteuning. 13 (18%) van de organisaties heeft aangegeven dat zij niet op de hoogte zijn van de ondersteuningsmogelijkheden van het CBO en de overige organisaties hebben aangegeven geen behoefte aan externe ondersteuning te hebben bij de vormgeving van hun kwaliteitsbeleid.

In Tabel 6.2 wordt weergegeven aan welke activiteiten van het CBO de beroepsorganisaties hebben meegedaan. Van de 49 organisaties die gebruik hebben gemaakt van de ondersteuning van het CBO heeft 78% de door het CBO georganiseerde symposia/thema-avonden bezocht. De acht rubrieken uit het in 1996 ontwikkelde referentiekader (NIVEL, 1997) zijn door het CBO als leidraad genomen voor het organiseren van diverse thema-avonden. Het doel van deze thema-avonden was tweeledig, namelijk; het vergroten van

kennis bij beroepsverenigingen omtrent aspecten van kwaliteitsbeleid en het peilen van de behoefte van de aanwezigen omtrent het aanbod van het CBO (CBO, 1998).

Ongeveer driekwart van de organisaties die gebruik heeft gemaakt van de door het CBO geboden ondersteuning, heeft de zogenaamde 'werkconferentie kwaliteitsbeleid' bijgewoond. Tijdens zo'n werkconferentie zit het bestuur van een beroepsorganisatie, onder begeleiding van het CBO, gedurende één dag bij elkaar om het kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Aan de hand van verschillende analyses worden sterke en minder sterke onderdelen van de vereniging besproken. Aan het eind van de dag wordt een concreet actieplan opgesteld (CBO, 1998).

Door middel van pilotprojecten heeft het CBO het verenigingen mogelijk gemaakt om producten (zoals een klachtenreglement, beroepsprofiel, visitatie methoden of dossiervoering) te ontwikkelen die door de betreffende organisatie te gebruiken zijn. De ontwikkelde producten dienden generaliseerbaar te zijn naar andere verenigingen. Ongeveer 40% van de organisaties heeft aangegeven ondersteuning van het CBO te hebben gekregen bij het ontwikkelen van bijvoorbeeld een beroepsprofiel of cliëntdossier voor de bij hun organisatie aangesloten leden. 29% van de organisaties heeft aangegeven dat dergelijke producten in het kader van een individueel pilotproject voor de vereniging is ontwikkeld (zie tabel 6.2).

Bij ongeveer éénvijfde van de organisaties heeft het CBO commentaar gegeven op het door de organisatie ontwikkelde (kwaliteits)beleidsplan. Ook telefonisch was het CBO de afgelopen jaren voor beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen beschikbaar voor het beantwoorden van vragen op het gebied van kwaliteitsbeleid. Van deze vorm van ondersteuning is door 16% van de organisaties gebruik gemaakt (zie Tabel 6.2).

Tabel 6.2 CBO activiteiten waar beroepsorganisaties gebruik van hebben gemaakt (n=49)

Activiteit	Aantal organisaties (%)
Symposia/thema-avonden	37 (78%)
Werkconferentie kwaliteitsbeleid	36 (74%)
Ontwikkeling en implementatie van bepaalde producten	19 (39%)
Pilotproject voor de vereniging	14 (29%)
Becommentariëring (kwaliteits)beleidsplan	11 (22%)
Raadpleging telefonische helpdesk CBO	8 (16%)
Individuele advisering	7 (14%)
Anders	5 (10%)

Het CBO heeft in de afgelopen jaren vier modellen voor het kwaliteitsbeleid van alternatieve genees-/behandelwijzen ontwikkeld, namelijk; 'model beroepsprofiel', 'model cliëntdossier', 'model klachtenreglement' en een 'raamwerk kwaliteitsbeleidsplan'. Deze modellen zijn in mei 1999 aangeboden aan beroepsorganisaties en kunnen als hulpmiddel dienen bij het vormgeven van producten voor de eigen organisatie. Tabel 6.3 geeft weer in hoeverre de organisaties die aan het onderzoek in 2000 meededen op de hoogte zijn van het bestaan van deze modellen, de inhoud van de modellen kennen en de modellen toepassen in de eigen organisatie.

Tabel 6.3 Kennis en gebruik van door het CBO ontwikkelde modellen door beroepsorganisaties (n=72)

Model	Organisatie kent bestaan	Organisatie kent inhoud	Wordt door de organisatie gebruikt
Beroepsprofiel	34 (47%)	23 (32%)	9 (13%)
Cliëntdossier	31 (43%)	20 (28%)	7 (10%)
Klachtenreglement	28 (39%)	18 (25%)	7 (10%)
Kwaliteitsbeleidsplan	29 (40%)	22 (31%)	20 (28%)

De 49 organisaties die gebruik hebben gemaakt van het ondersteuningsaanbod van het CBO hebben deze ondersteuning gemiddeld gewaardeerd met een 7.5 (Sd=1.0) op een schaal van nul tot tien. Echter, van alle organisaties die meededen aan de derde fase van het onderzoek (n=72) is slechts minder dan de helft er van op de hoogte dat het CBO de bovengenoemde modellen heeft ontwikkeld (tabel 6.3). Ongeveer eenderde van de organisaties is op de hoogte van de inhoud van de betreffende documenten en nog minder organisaties hebben aangegeven de ontwikkelde modellen ook toe te passen voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid binnen hun beroepsorganisatie. Dit wijst er echter niet op dat de activiteiten van het CBO hun doel voorbij schieten. Van de 72 organisaties die hebben meegedaan aan het onderzoek heeft namelijk 63% aangegeven in de vragenlijst in de toekomst gebruik te willen maken van externe ondersteuning bij het invoeren van het kwaliteitsbeleid. Slechts 10 (14%) organisaties heeft aangegeven geen gebruik te willen maken van dergelijke ondersteuning in de toekomst, terwijl de overige 17 organisaties op het moment van het onderzoek geen inschatting konden maken van de behoefte aan toekomstige ondersteuning. Aspecten waar beroepsorganisaties onder andere in ondersteund willen worden zijn; de relatie met zorgverzekeraars, het ontwikkelen van op de beroepsorganisatie toegespitste producten zoals bijvoorbeeld een beroepsprofiel of klachtenreglement en het vormgeven van intercollegiale kwaliteitsbewaking.

### 6.3 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat bij het merendeel van de beroepsorganisaties de aangesloten leden gemotiveerd zijn om het kwaliteitsbeleid vorm te geven. Deze goede motivatie van de leden wordt als bevorderend ervaren bij de ontwikkeling en invoering van het kwaliteitsbeleid. Niet alleen een stimulans vanuit de organisatie zelf, maar ook externe prikkels, zoals de ondersteuning die het CBO de afgelopen jaren heeft geboden en het onderzoek dat de Consumentenbond heeft uitgevoerd, hebben de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bij beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen bevorderd.

Een veel genoemde belemmering voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid is een gebrek aan actieve leden die de mogelijkheid hebben om een structurele bijdrage te leveren aan het kwaliteitsbeleid. Daarnaast is een gebrek aan financiële middelen door veel beroepsorganisaties als belemmering ervaren bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid.

Ongeveer tweederde van de organisaties die participeerden aan dit onderzoek heeft de afgelopen jaren gebruik gemaakt van de ondersteuning die het CBO op het gebied van kwaliteitsbeleid heeft gegeven. Deze ondersteuning heeft vooral plaatsgevonden in de vorm



van symposia, thema-avonden of de zogenaamde 'werkconferentie kwaliteitsbeleid'. Ondanks de relatief hoge deelname aan de activiteiten van het CBO is slechts minder dan de helft van de beroepsorganisaties op de hoogte van de producten die het CBO de afgelopen jaren hebben ontwikkeld. Nog minder organisaties kent de CBO producten ook inhoudelijk of past deze toe in de eigen organisatie. Dit gegeven is echter niet opmerkelijk gezien het feit dat de ontwikkelde modellen pas in mei 1999 aangeboden zijn aan de beroepsorganisaties.

Gezien het grote aantal organisaties dat heeft aangegeven ook in de toekomst gebruik te willen maken van externe ondersteuning zoals het CBO de afgelopen jaren heeft gedaan, lijkt het erop dat er meer tijd nodig is om de op dit moment ontwikkelde producten bekendheid te geven en op grotere schaal te implementeren. Aspecten waarbij organisaties in de toekomst ondersteund willen worden zijn: de relatie met zorgverzekeraars, het ontwikkelen van op de beroepsorganisatie toegespitste producten en het vormgeven van intercollegiale kwaliteitsbewaking.



## LITERATUUR

- 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.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1998. 'S-Gravenhage: Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sdu Uitgeverij, 1998.
- CBO. Tweede tussenrapportage 'Ondersteuning kwaliteitszorg alternatieve behandel/geneeswijzen'. Utrecht, CBO, 1998.
- GROL, R., EVERDINGEN, J. VAN, CASPARIE, A.F. Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- 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.
- 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. Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990.
- NIVEL. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NIVEL, 1997.
- NIVEL. Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NIVEL, 1998.
- SLUIJS, E.M., DEKKER, J., VISSER, E., STEULTJENS, M. Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepsgroepen anno 1997. Eindrapport van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (vier delen: 1 Kwaliteitsbeleid; 2 Intercollegiale toetsing; 3 Richtlijnen en protocollen; 4 Draagvlak in de praktijk). Utrecht, NIVEL, 1997.
- VISSER, G. Ondersteuning kwaliteitszorg alternatieve behandel-/geneeswijzen. In: NIGZ-gids alternatieve geneeswijzen 1997/1998; beroepsopleidingen, beroepsverenigingen en koepelorganisaties. Woerden: NIGZ, pp.15-17, 1997.
- WAGNER, C., BAKKER, D.H. DE, SLUIJS, E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen; de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1995.



## BIJLAGE 1 VRAGENLIJST



Responsnr. \_\_\_\_\_

NIVEL  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht

---

# **Stand van zaken kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen**

---

## TOELICHTING

Onder de term alternatieve genees-/behandelwijzen verstaan wij in deze vragenlijst ook complementaire-, niet reguliere- of additieve behandelwijzen.

Dit is een kopie van de vragenlijst die in 1996 door uw organisatie is ingevuld. Wilt u met de groene pen alleen datgene aankruisen wat sinds 1996 veranderd is in uw organisatie? Als er bij een vraag niets is veranderd hoeft u dus niets aan te kruisen.

Aan het eind van de vragenlijst zijn enkele nieuwe vragen toegevoegd. Wilt u deze toegevoegde vragen ook invullen?

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.

De resultaten van het onderzoek zullen anoniem verwerkt en gerapporteerd worden.

Voor een toelichting op de vragen kunt u altijd bellen met:  
mw. D. Temmink of mw. E.M. Sluijs  
telefoon: 030-2729700

## TOELICHTING

Onder de term alternatieve genees-/behandelwijzen verstaan wij in deze vragenlijst ook complementaire-, niet reguliere- of additieve behandelwijzen.

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.

De resultaten van het onderzoek zullen anoniem verwerkt en gerapporteerd worden.

Voor een toelichting op de vragen kunt u altijd bellen met:  
mw. D. Temmink of mw. E.M. Sluijs  
telefoon: 030-2729700

---

## GEGEVENS OVER UW ORGANISATIE

---

**1. Wij hebben onderstaande gegevens over uw organisatie in ons bezit.**

- Wilt u eventueel ontbrekende gegevens aanvullen?
- Indien de gegevens onjuist zijn, wilt u dan de correcte gegevens vermelden?

Naam beroepsorganisatie: .....

Soort geneeswijze: .....

Adres:

E-mail adres: .....

Voorzitter/contactpersoon: .....

Opgericht in jaar: .....

Ledental: .....

Doel organisatie: .....



---

## 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 praktiserende 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 praktiserende leden.***

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

- full-time werkend ..... % van de werkende leden  
niet full-time, maar meer dan 12 uur per week werkend ..... % van de werkende leden  
niet meer dan 12 uur per week 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 werkende leden werkt in een duo- of groepspraktijk  
 nee
10. **Kent de organisatie een beroepsregister?** (dat is: een register waarin praktiserende 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 een externe organisatie  
 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 praktiserende 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)t(en) 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
- aantoonbare kennis van de door de leden toegepaste alternatieve genees-/behandelwijze(n)
- anders, namelijk .....

---

## LIDMAATSCHAP

---

18. Welke opleidingseisen stelt uw organisatie aan het lidmaatschap van de praktiserende leden? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- aantoonbare kennis van de door de leden toegepaste altern. genees-/behandelwijze(n)
- voltooide stage in de door de leden toegepaste alternatieve genees-/behandelwijze(n)
- voltooide opleiding in de door de leden toegepaste altern. 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 praktiserende leden beschikt uw organisatie over:

- criteria (op schrift) voor het lidmaatschap
- idem, voor opneming 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, huisarts-geneeskunde 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 beroepsorganisatie of de leden zelf, bijv. lezingen, voordrachten, interne cursus en dergelijke)
  - 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 praktiserende leden dat (minimaal eens per twee jaar) aanwezig is bij *intern* georganiseerde lezingen, voordrachten en dergelijke? (exclusief cursussen)
- ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende leden
  - nee, een schatting is moeilijk te geven
  - niet van toepassing
23. Kunt u een schatting geven van het percentage praktiserende leden dat geregeld (minimaal eens per twee jaar) interne cursussen volgt?
- ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende 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 praktiserende leden dat geregeld deelneemt (minimaal eens per twee jaar) aan *externe* bij- en nascholing?
- ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende 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 MET BETREKKING TOT DE BEROEPS- UITOEFENING VAN DE ALTERNATIEVE GENEES-/BEHANDELWIJZE(N)

---

De volgende vragen gaan over normen en regels die gelden voor praktiserende 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	ja
		monde-	schrif-
		ling	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	ja
		monde-	schrif-
		ling	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	ja
		monde-	schrif-
		ling	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 praktiserende 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 praktiserende leden participeert incidenteel
- ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende leden participeert structureel
- nee, een schatting is moeilijk te geven
- niet van toepassing

35. **Kunt u een schatting geven van het percentage praktiserende 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 praktiserende leden participeert incidenteel
  - ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende leden participeert structureel
  - nee, een schatting is moeilijk te geven
  - niet van toepassing
36. **Kunt u een schatting geven van het percentage praktiserende 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 praktiserende leden participeert incidenteel
  - ja, naar schatting . . . . . % van de praktiserende 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 organisatie prioriteiten ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -verbetering?**
- .....
- .....
- .....
39. **Op welke wijze stimuleert uw organisatie de betrokkenheid van leden bij het kwaliteitsbeleid van de organisatie? 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
  - 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 praktiserende 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 praktiserende leden of heeft uw organisatie 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 schriftelijke overeenkomst met patiënten-/consumentenorganisatie
- ja, leden hebben een schriftelijke overeenkomst met zorgverzekeraars
- ja, de organisatie heeft een schrift. overeenkomst met patiënten-/consumentenorganisatie
- 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 beroepsorganisatie 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



**50. Bij de invoering van een kwaliteitsbeleid kunnen bepaalde omstandigheden bevorderend werken. Welke bevorderende omstandigheden leveren een belangrijke bijdrage aan de invoering van uw kwaliteitsbeleid?**

**(meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- de leden zijn gemotiveerd voor het kwaliteitsbeleid
- de leden hebben ervaring met kwaliteitsactiviteiten
- de vereniging heeft weinig leden
- de vereniging heeft goede interne communicatielijnen/infrastructuur
- de vereniging heeft voldoende personeel voor de invoering van een kwaliteitsbeleid
- de vereniging beschikt over voldoende financiële middelen voor de invoering van een kwaliteitsbeleid
- de vereniging werkt goed samen met andere verenigingen
- de vereniging werkt goed samen met patiëntenorganisaties
- de vereniging krijgt goede ondersteuning/begeleiding van de koepel (ANG, AAG, etc.)
- de vereniging krijgt goede ondersteuning/begeleiding van het CBO
- de enquêtes van de consumentenbond werken bevorderend voor de invoering van ons kwaliteitsbeleid
- het overheidsbeleid werkt stimulerend voor de invoering van ons kwaliteitsbeleid
- het beleid van zorgverzekeraars werkt stimulerend
- anders, namelijk .....

**51. Wat heeft uw vereniging het meest nodig om het kwaliteitsbeleid verder in te voeren?**

1. ....
2. ....
3. ....

**52. Niet alleen bevorderende, maar ook belemmerende omstandigheden kunnen van invloed zijn op het invoeren van kwaliteitsbeleid. Welke omstandigheden belemmeren in belangrijke mate de invoering van uw kwaliteitsbeleid?**

**(meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- de leden zijn niet gemotiveerd voor het kwaliteitsbeleid
- de leden hebben geen ervaring met kwaliteitsactiviteiten
- de vereniging heeft veel leden
- de vereniging heeft geen goede interne communicatielijnen/infrastructuur
- de vereniging heeft onvoldoende personeel voor de invoering van een kwaliteitsbeleid
- de vereniging beschikt over onvoldoende financiële middelen voor de invoering van een kwaliteitsbeleid
- de vereniging werkt weinig samen met andere verenigingen
- de vereniging werkt weinig samen met patiëntenorganisaties
- de vereniging krijgt weinig ondersteuning/begeleiding van de koepel (ANG, AAG, etc.)
- de vereniging krijgt weinig ondersteuning/begeleiding van het CBO
- de enquêtes van de consumentenbond werken belemmerend voor de invoering van ons kwaliteitsbeleid
- het overheidsbeleid werkt belemmerend voor de invoering van ons kwaliteitsbeleid
- het beleid van zorgverzekeraars werkt belemmerend
- anders, namelijk .....

53. Welke belemmeringen moeten het eerst worden opgeheven om uw kwaliteitsbeleid verder in te kunnen voeren?
1. ....
  2. ....
  3. ....

## ONDERSTEUNING

Beroepsorganisaties voor alternatieve genees-/behandelwijzen konden de afgelopen jaren een beroep doen op het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO voor ondersteuning bij het formuleren en uitvoeren van hun kwaliteitsbeleid

54. Heeft uw vereniging gebruik gemaakt van ondersteuning van het CBO bij het formuleren en/of implementeren van het kwaliteitsbeleid van uw vereniging?
- nee, wij wisten niet dat het CBO dergelijke ondersteuning kon bieden  
☞ ga naar vraag 58
  - nee, geen behoefte aan dergelijke ondersteuning van het CBO ☞ ga naar vraag 58
  - ja, wij hebben aan CBO-activiteiten deelgenomen
55. Aan welke activiteiten heeft uw vereniging deelgenomen?  
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- symposia/thema-avond(en)
  - werkconferentie Kwaliteitsbeleid
  - pilotproject voor onze vereniging
  - het CBO heeft ons (kwaliteits)beleidsplan becommentarieerd
  - raadpleging telefonische helpdesk CBO
  - individuele advisering op verzoek van de vereniging
  - ontwikkeling en implementatie van bepaalde producten (bijvoorbeeld beroepsprofiel, cliëntdossier)
  - anders, namelijk .....
56. Op welke gebieden heeft het CBO een positieve bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van uw vereniging?  
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- formuleren van opleidingseisen voor de leden
  - vormgeven beroepsprofiel
  - vormgeven van een beroepsregister
  - opzetten van richtlijnen voor de uitoefening van onze genees-/behandelwijze
  - vormgeven van een klachtenregeling
  - vormgeven van tuchtrecht
  - vormgeven van intercollegiale kwaliteitstoetsing
  - regels voor verwijzing/samenwerking met reguliere zorgverleners
  - informatie uitwisseling met verzekeraars
  - PR-beleid van de vereniging
  - opzetten van een commissiestructuur binnen de vereniging
  - bevorderen van de contacten tussen bestuur en leden
  - overzicht geven over bestaande kwaliteitsactiviteiten van de vereniging
  - anders, .....
  - weet niet

57. Wilt u in een rapportcijfer van 1 tot 10 uitdrukken hoe u de activiteiten van het CBO waardeert? (een 10 staat voor uitmuntend)

De activiteiten van het CBO zijn door onze organisatie gewaardeerd met een .....

58. Het CBO heeft in de afgelopen jaren een aantal modellen voor het kwaliteitsbeleid van alternatieve behandel-/geneeswijzen ontwikkeld. Wilt u hieronder aankruisen  
 a) van welke modellen u weet dat ze bestaan,  
 b) welke modellen u inhoudelijk kent en  
 c) welke modellen u ook gebruikt voor uw eigen vereniging?

	a) Het bestaan is bij ons bekend	b) De inhoud is bij ons bekend	c) Wordt gebruikt door onze vereniging
Model beroepsprofiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Model cliëntendossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Model klachtenreglement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raamwerk kwaliteitsbeleidsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Heeft u suggesties voor het toekomstig ondersteuningsaanbod van het CBO?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

60. Heeft u in de toekomst behoefte aan ondersteuning bij het invoeren van het kwaliteitsbeleid van uw vereniging?

geen behoefte aan ondersteuning, omdat

.....  
 .....  
 .....

wel behoefte aan ondersteuning, namelijk bij de volgende activiteiten:

.....  
 .....  
 .....

WIJ DANKEN U HARTELIJK VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST  
 WILT U DE LIJST IN DE BIJGEVOEGDE ANTWOORDENVELOP AAN ONS  
 RETOURNEREN?

## LIJST MET AFKORTINGEN

AAG	Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde
ANG	Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
FAG	Federatie Antroposofische Gezondheidszorg
KAB	Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LOPAG	Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMNG	Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen
NOVAG	Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
RING	Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen
Het Verbond	Verbond van Beroepsorganisaties Paranormale Geneeswijzen
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst

Enkele andere recente NIVEL rapporten:

**Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen.**

**Rapport eerste fase; de stand van zaken in 1996**

**Auteur: D.de Bakker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 108 pag., fl. 20,00.**

Het rapport 'Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen' beschrijft een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld. De 36 kwaliteitsnormen in het referentiekader weerspiegelen de voorwaarden voor een kwalitatief goede beroepsuitoefening.

Het rapport bevat daarnaast de stand van zaken wat betreft het kwaliteitsbeleid bij ruim 80 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen: beschreven wordt in welke mate bijvoorbeeld opleiding, registratie van beroepsbeoefenaren, protocollering of klachtenbehandeling zijn geregeld. Het rapport is gebaseerd op de eerste fase van een drie jaar durend onderzoek naar de kwaliteitsbewaking in het alternatieve veld, dat in opdracht van het Ministerie van VWS wordt verricht. Elk jaar zullen tussentijdse rapportages verschijnen.

**Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen.**

**Auteurs: E.M.Sluijs, I.A.Miltenburg, G.J.Visser, D.H.de Bakker**

**Utrecht: NIVEL, 1998, 82 pag., fl. 16,00**

In het rapport wordt beschreven hoe beroepsverenigingen van alternatieve genees- en behandelwijze te werk gaan bij het ontwikkelen en implementeren van hun kwaliteitsbeleid. De gegevens zijn gebaseerd op diepte-interviews met 40 alternatieve beroepsorganisaties. De resultaten laten zien dat veel organisaties zich herbezinnen op de positie die zij in de toekomst willen gaan innemen. Het verhogen van de eisen ten aanzien van opleiding en bij-en nascholing is een speerpunt in het beleid. Het rapport toont op welke wijze het implementatievraagstuk te vereenvoudigen is. Enkele recente NIVEL-rapporten: