

Onderwijs in kwaliteitszorg binnen de initiële opleidingen tot fysiotherapeut, verpleegkundige en arts

Drs. G. van Duijn, ICLON
Dr. E.M. Sluijs, NIVEL

Met medewerking van:

ICLON: Drs. J. Nedermeijer
 Dr. A. Zanting

NIVEL Dr. C. Wagner
 Dr. E. Roelofsen

ICLON, Interfacultair Centrum voor Lerarenopleiding, Onderwijsontwikkeling en
Nascholing, Wassenaarseweg 52, Postbus 95555, 2300 RB Leiden, tel. 071-5277170,
fax.071-5277181, e-mail: ICLONSO@RULFSW.fsw.Leiden.Univ.nl

NIVEL - Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2729700 - fax. 030-2729729
e-mail: nivel@nivel.nl



ISBN 90-9016960-1

<http://www.iclon.nl>

Telefoon 071 527 7170

Fax 071 527 7181

©2003 ICLON, Postbus 9555, 2300 RB LEIDEN

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

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Woord Vooraf

Zorginstellingen en beroepsgroepen hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van kwaliteitszorg. Zorginstellingen hebben kwaliteitssystemen ontwikkeld en ook (organisaties van) beroepsgroepen beschikken inmiddels over diverse kwaliteitsinstrumenten, zoals protocollen en richtlijnen, intercollegiale toetsing en visitatie.

De taak waarvoor de zorgsector zich in de komende jaren ziet gesteld, ligt op het terrein van de brede invoering van die instrumenten die zich bewezen hebben. Implementatie van kwaliteitsinstrumenten was en is een van de prioriteiten in het kwaliteitsbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dat is vastgelegd in de nota *Zorg van Betekenis* en recent nog eens nadrukkelijk door de Staatssecretaris onder de aandacht gebracht. (Ministerie van VWS 2000; 2003). Ook op de vierde Leidschendamconferentie, die in mei 2000 werd gehouden, hebben alle partijen afgesproken dat de komende jaren alle aandacht aan implementatie dient te worden besteed.

Op de Leidschendamconferentie werd eveneens gesteld dat beroepsbeoefenaren in hun opleiding zodanig dienen te worden toegerust dat zij instrumenten voor kwaliteitszorg integraal kunnen hanteren in de uitoefening van hun beroep. Een van de afspraken is dat de landelijke overheid zal stimuleren dat kwaliteitszorg in alle beroepsopleidingen in het reguliere curriculum wordt gegeven, niet alleen als apart onderdeel, maar ook geïntegreerd in het reguliere curriculum. In het licht van deze afspraken heeft het Ministerie van VWS de opdracht tot het onderhavige onderzoek gegeven.

Reeds in 1993 heeft de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een advies uitgebracht over onderwijs in kwaliteitszorg (NRV, 1993). Daarin wijst de NRV op het belang van invulling en ontwikkeling van onderwijsprogramma's op het gebied van kwaliteitszorg. Dat advies bevatte ook een eerste referentiekader voor kwaliteitszorg in de opleidingen. Het is niet bekend in welke mate dat referentiekader heden nog voldoet. Het huidige onderzoek had tot doel het referentiekader te actualiseren indien dat nodig zou zijn.

Tot op heden bestaat ook onvoldoende zicht op mate waarin de initiële opleidingen aandacht aan kwaliteitszorg besteden en daarmee invulling geven aan een van de opleidingseisen van de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Het is evenmin bekend op welke wijze de opleidingen het eerder genoemde NRV advies in de onderwijspraktijk hebben vormgegeven. Ook is niet duidelijk in welke mate het concrete opleidingsaanbod is mee geëvolueerd met de veranderende opvattingen over kwaliteitszorg binnen de beroepsgroepen en de zorginstellingen. Een tweede doel van het

onderzoek was dan ook meer helderheid te krijgen over het huidige opleidingsaanbod in de initiële opleidingen op gebied van kwaliteitszorg.

Het onderzoek is uitgevoerd in drie fasen: 1) in de eerste fase is in kaart gebracht hoe in de huidige beroepspraktijk invulling aan kwaliteitszorg wordt gegeven, 2) daarna is een toetsingskader voor kwaliteitszorg in initiële opleidingen opgesteld, en 3) vervolgens is onderzocht op welke wijze initiële opleidingen aandacht aan kwaliteitszorg besteden, gerelateerd aan het toetsingskader.

Deze drie fasen zijn in drie delen in dit rapport beschreven.

Deel 1 Kwaliteitszorg in de huidige beroepspraktijk.

In deel 1 wordt beschreven welke kwaliteitsinstrumenten beroepsbeoefenaren in de praktijk hanteren en op welke wijze zij geacht worden een bijdrage te leveren aan de kwaliteitszorg in instellingen. Daartoe wordt een overzicht gegeven van kwaliteitsinstrumenten die momenteel door beroepsgroepen en instellingen worden gehanteerd en de belangrijkste ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Het NIVEL is eindverantwoordelijk voor dit deel van het rapport.

Deel 2 Toetsingskader voor kwaliteitszorg in initiële opleidingen.

In deel 2 is een toetsingskader opgesteld dat weergeeft welke kennis en bekwaamheden idealiter aan het eind van de initiële opleidingen verworven zouden moeten zijn, om een bijdrage aan kwaliteitszorg te kunnen leveren. Het toetsingskader bevat - specifiek voor kwaliteitszorg vereiste - kerncompetenties (inclusief kennis, attitudes en vaardigheden) die verworven zouden moeten worden om in de beroepspraktijk kwaliteitszorg uit te kunnen voeren. Het ICLON is eindverantwoordelijk voor dit deel van het rapport.

Deel 3 Kwaliteitszorg in initiële opleidingen

Aan de hand van het toetsingskader wordt in deel 3 beschreven op welke manieren initiële opleidingen op dit moment aandacht aan kwaliteitszorg besteden (bijvoorbeeld modulair of geïntegreerd). Dit is gebeurd aan de hand van een quick scan onder een beperkt aantal opleidingen. Ook is geïnventariseerd welke problemen zich eventueel in het onderwijs in kwaliteitszorg voordoen. Op basis van deze inventarisatie is het toetsingskader omgevormd tot een concept-referentiekader. Dit deel van het rapport is een gezamenlijk product van ICLON en NIVEL.

Het onderzoek heeft een exploratief karakter en is door de opdrachtgever afgebakend tot drie beroepsgroepen, namelijk artsen, verpleegkundigen (HBO en MBO) en fysiotherapeuten.

Leiden/Utrecht
februari 2003

Deel 1: Kwaliteitszorg in het werkveld

E. Roelofsen
E.M. Sluijs

NIVEL

NIVEL - Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2729700 - fax. 030-2729729
e-mail: nivel@nivel.nl

Inhoud

Voorwoord	3
1 Inleiding	
1.1 Doel van deel 1	9
1.2 Kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrumenten	9
1.3 Vraagstellingen	12
1.4 Methode	12
2 Kwaliteitszorg in de fysiotherapie	
2.1 Inleiding	15
2.2 Werkveld en koepelorganisaties fysiotherapeuten	15
2.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten	17
3 Kwaliteitszorg in de verpleging	
3.1 Inleiding	25
3.2 Werkveld en koepelorganisaties verpleegkundigen	25
3.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten	26
4 Kwaliteitszorg in de medische beroepen	
4.1 Inleiding	35
4.2 Werkveld en koepelorganisaties medische beroepen	35
4.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten	38
5 Ontwikkelingen in de zorg	
5.1 Inleiding	51
5.2 Van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg	51
5.3 Algemene maatschappelijke ontwikkelingen	52
5.4 Consequenties voor de beroepsbeoefenaars	53
5.5 Ontwikkelingen ten aanzien van kwaliteitszorg	54
5.6 Nieuwe kwaliteitsinstrumenten	55
6 Overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen	
6.1 Inleiding	59
6.2 Overeenkomsten en verschillen in de kwaliteitsinstrumenten	59
6.3 Conclusie	62

Bijlagen

- Bijlage 1 Lijst met afkortingen
- Bijlage 2 Zoekstrategie
- Bijlage 3 Interviews met sleutelfiguren
- Bijlage 4 Uitnodigingsbrief en interviewschema
- Bijlage 5 Leerdoelen in een blok kwaliteitszorg op een HBO-opleiding voor verpleegkundigen
- Bijlage 6 Onderwijsdoelen in het referentiekader van de NRV, 1993

1 Inleiding

1.1 Doel van deel 1

Gezondheidszorg opleidingen dienen de theorie en de praktijk van kwaliteitszorg optimaal te laten aansluiten op het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen en beroepsgroepen (Ministerie van VWS, 2000). Het kwaliteitsbeleid in de zorg is onderwerp van dit eerste deel van het rapport. Allereerst wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsinstrumenten die op dit moment in gebruik zijn binnen een drietal beroepsgroepen, te weten artsen, verpleegkundigen (HBO en MBO) en fysiotherapeuten. Vervolgens worden de recente en toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg in kaart gebracht. Op basis van dit overzicht wordt in deel 2 van het rapport een toetsingskader opgesteld dat weergeeft welke competenties in de opleidingen verworven moeten worden om in de beroepspraktijk kwaliteitszorg te kunnen uitvoeren.

1.2 Kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrumenten

Het doel van kwaliteitszorg - ook wel kwaliteitsmanagement genoemd - is de kwaliteit van de zorg te verbeteren of te handhaven. De kwaliteit van zorg wordt in de Kwaliteitswet (Ministerie van VWS, 1996) beschreven met de term 'verantwoorde zorg'. Verantwoorde zorg is zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend, en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Beroepsbeoefenaars zijn op grond van de Wet BIG verplicht om aandacht aan kwaliteitszorg te besteden. De (toenmalige) Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) omschrijft kwaliteitszorg binnen de context van de beroepsbeoefening als het systematisch expliciteren (normen stellen), evalueren (toetsen) en bijsturen (verbeteren) van het handelen door de beroepsbeoefenaar (NRV, 1993).

In deze omschrijving van kwaliteitszorg zijn de verschillende stappen uit de kwaliteitskringloop te herkennen die doorlopen moeten worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De kwaliteitskringloop kent in essentie drie stappen: 1) kwaliteitscriteria of -normen vaststellen; 2) de kwaliteit van de feitelijk verleende zorg meten; 3) de kwaliteit toetsen aan de gestelde criteria en (zo nodig) verbeteren.

Alleen als deze stappen continue en systematisch worden doorlopen, is er sprake van kwaliteitszorg. Wanneer er bijvoorbeeld gegevens over de kwaliteit van zorg worden geregistreerd, zonder dat de gegevens worden getoetst aan de criteria, of zonder dat de gegevens leiden tot verbeteracties, is er geen sprake van kwaliteitszorg. Ook wanneer

eenmalig een enquête onder patiënten wordt uitgezet, kan nog niet van kwaliteitszorg worden gesproken.

Er is sprake van kwaliteitszorg wanneer periodiek een enquête onder patiënten plaatsvindt, waarbij de resultaten worden getoetst aan de gestelde criteria en afwijkingen van die criteria leiden tot verbeteracties die vervolgens worden geëvalueerd.

Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die kunnen worden ingezet in de kwaliteitskringloop om er voor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg van de beroepsbeoefenaar, de praktijk of de organisatie gehandhaafd blijft of verbetert. Deze instrumenten, ook wel kwaliteitsinstrumenten genoemd, ondersteunen een of meerdere stappen van de kwaliteitskringloop. Zij zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. In feite zijn kwaliteitsinstrumenten bedoeld voor een kritische reflectie op de kwaliteit van zorg (op geaggregeerd niveau) zodat de zorg voor groepen of categorieën patiënten op een hoger plan kan worden gebracht.

Kwaliteitsinstrumenten kunnen worden geordend op basis van de stappen in de kwaliteitskringloop die zij kunnen ondersteunen. Daarnaast zijn er kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld die borgen dat het reeds behaalde kwaliteitsniveau gehandhaafd blijft. In zijn algemeenheid zijn de volgende functies van kwaliteitsinstrumenten te onderscheiden: normeren, meten, toetsen en verbeteren en borgen (zie Place & Donker, 1994; Timmermans e.a., 1994). Schema 1 toont dat kwaliteitsinstrumenten in deze categorieën kunnen worden ingedeeld. Zaken als beroepsprofielen of de beroepsopleiding worden doorgaans als voorwaardenscheppend beschouwd.

A. Normeren

Instrumenten die omschrijven aan welke criteria de zorg zou moeten voldoen. De criteria kunnen gericht zijn op de uitkomst van de zorg of op het proces van de zorgverlening. Daarbij kunnen zowel medisch inhoudelijke als organisatorische aspecten van de zorg beschreven zijn.

B. Meten:

Instrumenten die de feitelijk verleende zorg vastleggen. Er kunnen verschillende aspecten van de feitelijk verleende zorg worden vastgelegd (proces, zorginhoud, resultaten, bijwerkingen et cetera.). De registraties kunnen op verschillende niveau's worden gebruikt (individueel- of instellingsniveau, of op regionaal of landelijk niveau) en door verschillende organisaties (de beroepsbeoefenaar of instelling zelf, de beroepsgroep, de zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties et cetera).

C. Toetsen en verbeteren:

Instrumenten die gericht zijn op het evalueren of toetsen van de kwaliteit van de feitelijk verleende zorg aan de opgestelde criteria en vervolgens mogelijkheden ter verbetering opsporen.

D. Borgen:

Instrumenten die er voor zorgen dat het reeds behaalde kwaliteitsniveau gehandhaafd blijft, zodat de gerealiseerde verbeteringen beklijven.

Schema 1: Ordening van kwaliteitsinstrumenten

Categorie	Voorbeelden
Voorwaardenscheppend	beroepsprofiel beroepsopleiding registratie in het kader van de wet BIG deskundigheidsbevordering en bij-en nascholing
Kwaliteitsinstrumenten	
Normeren	standaarden, richtlijnen en protocollen criteria vanuit patiëntenperspectief gedragsregels modelregeling arts-patiënt organisatienormen normen in wet- en regelgeving
Meten	registratie van de verleende zorg geautomatiseerde (gestandaardiseerde) verslaglegging registratiesystemen gebruik van indicatoren meningspeilingen
Toetsen en verbeteren	intercollegiale toetsing verbeterteams/doorbraakseries visitatie externe beoordelingen benchmarking
Borgen	herregistratie keurmerk (accrediatie of certificering)

De kwaliteitsinstrumenten zijn bedoeld om de kwaliteit systematisch te bewaken en te verbeteren. Zij zijn aanvullend op datgene wat de beroepsbeoefenaar vanuit zijn professionele deskundigheid aan kwaliteit levert. Die professionaliteit en deskundigheid wordt in de opleiding verworven. Daarbij heeft de beroepsbeoefenaar geleerd het beroep op een zodanige wijze uit te oefenen dat kwalitatief goede zorg aan de patiënt wordt verleend, niet alleen op vaktechnisch gebied, maar ook via het methodisch werken en de daarbij horende verslaglegging. Die bekwaamheden worden dan ook beschouwd als noodzakelijke voorwaarden voor de beroepsuitoefening. Deze voorwaarden worden niet gerekend tot de kwaliteitsinstrumenten en in dit rapport zal niet nader op deze voorwaarden worden ingegaan.

1.3 Vraagstellingen

Dit deelrapport geeft antwoord op de vraag :

Welke kwaliteitsinstrumenten hanteren beroepsbeoefenaren zelf en welke bijdrage wordt van hen verwacht bij de kwaliteitszorg in instellingen?

In de studie wordt gekeken naar de volgende drie beroepsgroepen: fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen (medische beroepsgroepen).

Deze centrale vraag is opgedeeld in de volgende deelvragen:

- 1 a Welke kwaliteitsinstrumenten hanteren de genoemde beroepsgroepen?
- b Wat zijn daarin de overeenkomsten tussen de beroepsgroepen en welke verschillen bestaan er tussen de beroepsgroepen in de mate waarin kwaliteitszorg is ontwikkeld?
- 2 Op welke wijze worden de beroepsbeoefenaren geacht bij te dragen aan kwaliteitszorg in de instellingen waar men werkzaam is?
- 3 Welke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg zijn de komende jaren te verwachten?

De vragen 1a en 2 worden beantwoord in de hoofdstukken 2 t/m 4. In elk hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsinstrumenten waar respectievelijk fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen vanuit hun beroepsgroep of vanuit de instellingen mee te maken krijgen bij de uitoefening van hun beroep. Vraag 3 wordt beantwoord in hoofdstuk 5 waar de algemene ontwikkelingen in de zorg en de consequenties van die ontwikkelingen voor de beroepsbeoefenaren en voor hun kwaliteitsinstrumenten worden beschreven. De overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen (vraagstelling 1b) worden beschreven in het laatste hoofdstuk. Hiermee is tevens de opbouw van deel 1 van dit rapport gegeven.

De antwoorden op de vragen zijn in fase 2 van het onderzoek gebruikt om te onderzoeken welke competenties verworven moeten worden in de initiële opleidingen om de kwaliteitszorg en de bijbehorende kwaliteitsinstrumenten die in de praktijk gebruikt worden, te kunnen (gaan) gebruiken.

1.4 Methode

De bovengenoemde vragen zijn beantwoord aan de hand van een literatuurstudie en interviews met kwaliteitsdeskundigen van de betreffende beroepsgroepen.

Literatuurstudie

Om een overzicht te maken van de kwaliteitsinstrumenten van de artsen en verpleegkundigen is gebruikt gemaakt van een overzichtsstudie die in 2000 door het NIVEL is uitgevoerd (Bennema-Broos e.a., 2000). Voor de verpleegkundigen is daarnaast een overzichtsstudie uit 1997 gebruikt (Wagner e.a., 1997). Voor de fysiotherapeuten is gebruik gemaakt van een tweetal overzichtsstudies die eveneens door het NIVEL werden uitgevoerd (Hofhuis e.a., 2001; Hofhuis & Van der Ende, 2000). Voor

artsen is mede gebruik gemaakt van de overzichtsartikelen geschreven door Van der Werf et al. (1999, 2000).

De overzichtsstudies zijn aangevuld met literatuur op gebied van kwaliteitszorg over de periode 1999-2002. Er is met name gezocht naar beschouwende literatuur over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteitszorg. Tevens is er gezocht naar een beschrijving van het gebruik of de toepassing van de kwaliteitsinstrumenten door de specifieke beroepsgroepen. De gebruikte zoekstrategie staat beschreven in bijlage 2.

Interviews

Om inzicht te krijgen in recente en te verwachten ontwikkelingen op gebied van kwaliteitszorg binnen de beroepsgroep en de gevolgen daarvan voor de beroepsbeoefenaar, is een interview met een of meerdere kwaliteitsdeskundigen van elke koepelorganisaties gevoerd (zie bijlage 3).

Voor de interviews werd een vragenlijst ontwikkeld op basis van de literatuurstudie. Deze vragenlijst werd voorafgaand aan het interview opgestuurd naar de sleutelfiguren. In de vragenlijst stonden de huidige kwaliteitsinstrumenten vermeld, alsmede de recente ontwikkelingen op gebied van kwaliteitsbeleid en algemene ontwikkelingen in de zorg (zie bijlage 3). Tijdens de interviews werd gevraagd of de informatie compleet was. Vervolgens werd gevraagd welke consequenties de genoemde ontwikkelingen zouden kunnen hebben voor de kwaliteitsinstrumenten en wat dit zou betekenen voor de beroepsbeoefenaar.

De interviews zijn opgenomen op een bandrecorder. Het verslag van de interviews is ter autorisatie voorgelegd aan de geïnterviewde personen.

2. Kwaliteitszorg in de fysiotherapie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst het werkveld en het kwaliteitsbeleid van de fysiotherapeuten omschreven. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsinstrumenten die in de fysiotherapie worden gebruikt. Van elk kwaliteitsinstrument wordt beschreven wat het doel is en wat het instrument inhoudt. Daarnaast wordt, voor zover bekend, beschreven hoe het instrument in de praktijk wordt gebruikt en welke ontwikkelingen zich op het gebied van de kwaliteitsinstrumenten voordoen.

2.2 Werkveld en koepelorganisaties fysiotherapeuten

Werkveld

Fysiotherapeuten vormen de grootste paramedische beroepsgroep. Er zijn ongeveer 18.000 fysiotherapeuten (Hofhuis & van der Ende, 2000a). In 2001 stonden in het kwaliteitsregister 12.000 fysiotherapeuten ingeschreven als algemeen practicus en ongeveer 6000 als verbijzonderd fysiotherapeut (Simons, 2001).

Fysiotherapeuten zijn werkzaam op verschillende werkterreinen. Tweederde van de fysiotherapeuten (ongeveer 12.600) is werkzaam in de extramurale gezondheidszorg (NIVEL e.a., 2001). Ongeveer tweederde van de extramurale fysiotherapeuten (ongeveer 8.000) werkt als vrijgevestigde (NIVEL e.a., 2001). De overigen zijn in loondienst bij collega-fysiotherapeuten of bij een instelling (Bennema-Broos e.a., 2000). In 2001 werkten gemiddeld 2,7 fysiotherapeuten per praktijk (Simons, 2001).

De praktijkontwikkeling in de fysiotherapie gaat snel. Er ontstaan grotere praktijken, met een mix van algemene en verbijzonderde fysiotherapie. Fysiotherapiepraktijken ontwikkelen daarnaast meer en meer gevarieerde vormen van samenwerking, onderling en met eerstelijnsvoorzieningen in de zorg. De indruk bestaat dat een (verdere) professionalisering van de praktijkvoering (b.v. door praktijkondersteuning en de inzet van praktijkassistentes) de doelmatigheid van het fysiotherapeutisch handelen kan opvoeren. Daarnaast zou de effectiviteit van de fysiotherapeutische zorg vergroot kunnen worden, door patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de fysiotherapeut (Simons, 2001). Om de scenario's en voorwaarden voor directe toegankelijkheid te onderzoeken zullen projecten worden uitgevoerd, zo meldden geïnterviewden begin 2002.¹ Bij het verschijnen van dit rapport zijn deze experimenten inmiddels in gang gezet.

¹ Verwijst naar informatie uit het interview met het KNGF .

Ongeveer 5500 fysiotherapeuten werken in de intramurale gezondheidszorg. Het grootste deel is werkzaam in een ziekenhuis of in een verpleeghuis (beiden ongeveer 2000 fysiotherapeuten).

Een kleiner gedeelte is werkzaam in een revalidatiecentrum (ongeveer 700), in een instelling voor verstandelijk gehandicapten (ongeveer 300) of in een andere intramurale instelling (Van Eijck & Van der Windt, 2001).

Vrijgevestigde fysiotherapeuten kunnen veelal zelf invulling geven aan de kwaliteitsactiviteiten die zij uitvoeren. Zij moeten daarvoor echter wel zelf tijd inruimen. In instellingen zijn de fysiotherapeuten mede afhankelijk van het kwaliteitsbeleid van de instelling.

Koepelorganisatie

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, KNGF, is de overkoepelende vereniging voor de fysiotherapeuten. Binnen het KNGF bestaat een aantal deelverenigingen (bijvoorbeeld voor vrijgevestigden en dienstverbanders en voor specialisaties zoals de kinderfysiotherapie). Het KNGF draagt zorg voor de ontwikkeling van de fysiotherapie en de kwaliteitszorg in de fysiotherapie (Hofhuis & van der Ende, 2000a).

Kwaliteitsbeleid KNGF

Het KNGF heeft een 'Kwaliteitsprogramma fysiotherapie' ontwikkeld dat moet bijdragen aan het leveren van goede zorg voor de patiënt: doeltreffend, doelmatig en patiënt gericht. Het kwaliteitsprogramma is het gevolg van drie belangrijke ontwikkelingen. Allereerst groeide het besef dat beroepsbeoefenaren consistent en continu aan kwaliteitsverbetering moeten werken. Daarnaast vragen externe partijen om de kwaliteit van fysiotherapeuten inzichtelijk te maken. Tot slot hebben de Leidschendamconferenties er toe geleid dat zorgaanbieders, patiënten / cliënten en zorgverzekeraars gezamenlijk afspraken hebben gemaakt voor het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Deze drie ontwikkelingen hebben geleid tot het kwaliteitsprogramma fysiotherapie van het KNGF. De Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen geven de kaders van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen aan. De feitelijke invulling wordt overgelaten aan de beroepsgroepen zelf. Het kwaliteitsprogramma Fysiotherapie bestaat uit vier pijlers (van der Wees, 1999):

- verplichte gerichte scholing;
- ontwikkelen en invoeren van richtlijnen;
- invoeren van kwaliteitsdeelsystemen;
- invoeren van een kwaliteitsborging.

Het KNGF heeft de volgende situatie beschreven in het kwaliteitsprogramma 2002: 'In het jaar 2002 is het kwaliteitsprogramma op het niveau van de individuele fysiotherapeut voor een deel geïmplementeerd. Dit betekent dat de fysiotherapeut is ingeschreven in het kwaliteitsregister van het KNGF. Daarmee wordt gewaarborgd dat de fysiotherapeut onder andere het traject van verplichte bij- en nascholing heeft gevolgd en in IOF-verband (Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie) deelneemt aan intercollegiale kwaliteitstoetsing. Voor zover geïmplementeerd en van toepassing werkt de fysiotherapeut volgens de KNGF-richtlijnen' (zie Hofhuis & van der Ende, 2000a).

Om het kwaliteitsbeleid te implementeren zijn lokaal groepen van 10 tot 15 fysiotherapeuten gevormd, de IOF's. Voor de 6 regioclusters van het KNGF zijn kwaliteitsfunctionarissen aangesteld, die op hun beurt de IOF-coördinatoren begeleiden (www.KNGF.nl, 2002).

Sinds 1994 zijn er door Ministerie van VWS en het college voor Zorgverzekeringen financiële middelen, in de vorm van stimuleringsprogramma's, beschikbaar gesteld om de paramedische beroepen te ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van hun kwaliteitsbeleid (Bennema-Broos, e.a., 2000; zie Hofhuis e.a., 2001).

2.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten

Fysiotherapeuten krijgen bij de uitoefening van hun beroep te maken met de kwaliteitsinstrumenten van het KNGF die zijn ontwikkeld in het kader van het Kwaliteitsprogramma fysiotherapie. Daarnaast hebben fysiotherapeuten in loondienst te maken met de kwaliteitsinstrumenten van de instellingen waarin zij werkzaam zijn. In deze paragraaf worden de verschillende kwaliteitsinstrumenten beschreven van fysiotherapeuten beschreven. Als bronnen zijn gebruikt een overzichtsstudie naar de kwaliteitsinstrumenten van paramedici en een tweetal studies naar het kwaliteitsbeleid van fysiotherapeuten (Bennema-Broos e.a., 2000; Hofhuis & Van der Ende, 2000a; Hofhuis e.a., 2001). In het voorliggende rapport zijn alleen de instrumenten beschreven die in de kwaliteitskringloop kunnen worden ingezet, zoals beschreven in hoofdstuk 1. Voorwaarden voor kwaliteitszorg, zoals de opleiding, methodisch handelen of functieprofielen blijven buiten beschouwing.

2.3.1 Normeren

Richtlijnen

Omschrijving en doel

Richtlijnen beschrijven - zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd - de huidige gewenste manier van handelen bij een specifiek gezondheidsprobleem. Op het niveau van de beroepsbeoefenaar leveren richtlijnen een bijdrage aan de kwaliteitsbewaking- en bevordering van het individuele fysiotherapeutisch handelen. Op niveau van de beroepsgroep zorgen richtlijnen voor de profilering van de fysiotherapeutische zorg (Hendriks e.a., 1996; Verhoeven, 1999).

De individuele fysiotherapeut kan de richtlijnen gebruiken om inzicht te krijgen in de huidige (vakinhoudelijke) stand van zaken of inzicht in bepaalde aspecten van de beroepsuitoefening (bijvoorbeeld verslaglegging). De richtlijn kan worden gebruikt als kapstok voor het wenselijk fysiotherapeutisch handelen. Tevens kan de richtlijn worden gebruikt voor toetsing van het eigen handelen en ter verduidelijking van de fysiotherapeutische mogelijkheden aan verwijzers, patiënten en zorgverzekeraars (Verhoeven, 1999).

Medio 2002 waren er een tiental evidence-based richtlijnen ontwikkeld voor fysiotherapeuten (bijvoorbeeld voor: acuut enkelletsel, stress-incontinentie, COPD, hartrevalidatie, artrose, whiplash, osteoporose, lage rugpijn) (www.KNGF.nl, 2002). Richtlijnen omschrijven de gewenste manier van diagnostiek, behandeling en evaluatie voor een specifiek gezondheidsprobleem. In de richtlijn is het diagnostisch en therapeutisch proces beschreven en is tevens een verantwoording en toelichting opgenomen. Daarnaast bevat de richtlijn een samenvatting (op geplastificeerd A4-formaat) (Van der Plas e.a., 2001).

Een aantal richtlijnen is voorzien van deskundigheidsbevorderingspakketten. Deze bestaan uit gespreksformulieren en toetsingsformulieren. De gespreksformulieren bevatten een aantal stellingen die een leidraad kunnen zijn om in een groep van fysiotherapeuten met elkaar in discussie te gaan over de richtlijn. Aan de hand van het toetsingsformulier kan de fysiotherapeut nagaan of hij/zij aan de belangrijkste criteria van de richtlijn voldoet. Het formulier kan worden gebruikt als zelfevaluatie of kennistoets of als checklist voor het handelen in de praktijk. Bij enkele richtlijnen is een handleiding geschreven voor het uitvoeren van metingen of het leren hanteren van meetinstrumenten die in de richtlijnen worden aanbevolen. Ook is voor enkele richtlijnen een gespreksformulier voor de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut ontwikkeld (Hendriks e.a., 2000; Hofhuis & Van der Ende, 2000a).

Implementatie van richtlijnen verloopt tot nu toe via publicatie en verspreiding van de richtlijnen onder alle leden van het KNGF. Tevens worden er regionale bijeenkomsten georganiseerd waar de richtlijnen worden gepresenteerd en waar vervolgens een inhoudelijke discussie met deskundigen kan plaats vinden (Verhoeven, 1999). Ten aanzien van de richtlijn Acuut Enkelletsel geeft 82% van de fysiotherapeuten aan dat zij activiteiten hebben ondernomen om inzicht te krijgen in de richtlijn. De belangrijkste activiteiten hierbij zijn het bespreken van de richtlijn met collega's of in een IOF (Van der Plas e.a., 2001).

Toepassing in praktijk:

Uit onderzoek onder 400 extramuraal werkende fysiotherapeuten bleek dat driekwart van de respondenten gebruik maakt van landelijke richtlijnen, al dan niet in combinatie met eigen richtlijnen (Plas e.a., 2001). De meerderheid van de fysiotherapeuten (65%) die bekend zijn met de richtlijn acuut enkelletsel (waar de studie zich in het bijzonder op was gericht), passen deze toe bij meer dan de helft van de patiënten met acuut enkelletsel. De meeste fysiotherapeuten zeggen voordelen te ondervinden bij het opvolgen van de richtlijn. Als nadelen worden genoemd dat er weinig ruimte is voor eigen inbreng, en dat er een gebrek aan tijd is om de richtlijn op te volgen. Een aantal fysiotherapeuten is het oneens met een deel van de aanbevelingen of geeft aan dat de richtlijn niet aansluit bij de eigen wijze van behandelen (van der Plas e.a., 2001). Een bijkomend probleem in de toepassing van richtlijnen is dat er nogal wat verschillende opvattingen bestaan over (de beste) behandelwijzen tussen de verschillende werkvelden en specialisaties in de fysiotherapie. De richtlijnen weerspiegelen volgens sommige fysiotherapeuten slechts een van die opvattingen (van der Meer, 2001).

Er bestaat nog weinig evidentie over de effecten van richtlijnen op patiënten. Uit voorlopige resultaten over het gebruik van de richtlijn Acuut Enkelletsel blijkt dat de doelmatigheid van de zorg bij behandeling volgens richtlijnen lijkt toe te nemen. Er worden minder zittingen gegeven en de behandelingsperiode wordt korter (Verhoeven, 1999).

Ontwikkelingen

De ontwikkeling van richtlijnen blijft een belangrijk aandachtspunt van het KNGF. Nieuwe richtlijnen met de bijbehorende deskundigheidsbevorderingspakketten zijn en worden ontwikkeld, bijvoorbeeld voor chronisch enkelletsel, postoperatief lumbosacraal syndroom, meniscusoperatie et cetera (Hofhuis & Van der Ende, 2000a).

In een aantal gevallen wordt gesproken van 'ontwerprichtlijnen'; dan gaat het om richtlijnen voor aandoeningen waarbij de beste wijze van fysiotherapeutisch handelen nog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Dergelijke ontwerprichtlijnen zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op consensus, waardoor het ontwikkelingstraject minder tijd inneemt dan de ontwikkeling van (evidence-based)-richtlijnen (Verhoeven, 1999). Daarnaast wordt er gewerkt aan de verdere ontwikkeling en toetsing van de deskundigheidsbevorderingspakketten waarmee per richtlijn een specifiek implementatieplan in gang wordt gezet (Van der Plas e.a., 2001; Hofhuis & Van der Ende, 2000a). Bij de ontwikkeling van richtlijnen worden ook de ketenpartners betrokken (Hofhuis & Van der Ende, 2000a). De verwachting is dat - onder invloed van nieuwe ontwikkelingen in de zorg - richtlijnen steeds meer multidisciplinair van aard zullen worden.*

Criteria vanuit patiëntenperspectief

Omschrijving en doel:

Patiënten hebben geformuleerd aan welke kwaliteitscriteria de beroepsbeoefening door fysiotherapeuten zou moeten voldoen. Het doel van deze criteria is dat expliciet rekening wordt gehouden met de wensen van patiënten en cliënten.

Het betreft in totaal 81 criteria verdeeld over de aandachtsgebieden: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie en accommodatie. De criteria staan beschreven in een brochure die is uitgegeven door de NP/CF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) (NC/PF-internet 2002; Hermans, 2001). Er is een implementatiepakket ontwikkeld om de criteria te gebruiken in de IOF's. Dit pakket bestaat onder andere uit een zelftoets, instructies over het opzetten van een enquête onder de eigen patiënten en een oefening waarbij de fysiotherapeut zichzelf in de rol van de patiënt verplaatst (Hermans, 2001).

Toepassing in praktijk

De brochure is in 2001 verspreid onder KNGF-leden ter kennismaking. Het implementatiepakket kan opgevraagd worden bij het KNGF. Er zijn nog geen gegevens over de bekendheid met en het gebruik van de criteria onder de fysiotherapeuten.

Ontwikkelingen:

De criteria kunnen zowel gebruikt worden voor de kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening op het niveau van de individuele beroepspraktijk als voor kwaliteitsbevordering op landelijk niveau. De criteria kunnen worden gebruikt in de

opleidingen en de beroepscode, bij externe kwaliteitstoetsing door patiënten- en consumentenorganisaties en bij de ontwikkeling van richtlijnen (Plas e.a., 2000; Hermans, 2001). Het KNGF zal de ontwikkelde criteria in haar kwaliteitsbeleid gaan integreren (Hofhuis e.a., 2001).

2.3.2 *Metten*

Registratie van de verleende zorg

Omschrijving en doel

Uniforme en gestandaardiseerde registratie van de verleende zorg biedt de mogelijkheid om de verleende zorg van de individuele behandelaar te toetsen aan een landelijk / regionaal gemiddelde. Gegevens kunnen tevens worden gebruikt voor planning van de zorg en voor onderzoek naar de fysiotherapeutische zorgverlening.

Ontwikkelingen

Vanuit de KNGF wordt gestandaardiseerde verslaglegging gestimuleerd door het vernieuwen van de richtlijn verslaglegging en de verplichte kwaliteitsmodule verslaglegging die alle fysiotherapeuten moeten hebben gevolgd om in aanmerking te komen voor herregistratie (www.KNGF.nl, 2002). Door het KNGF is software ontwikkeld om de (gestandaardiseerde) verslaglegging te automatiseren. In 2002 zijn ook de eerste resultaten gepubliceerd van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ)'. Het doel van dit project is een continue verzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Ten behoeve van dit project is een netwerk van praktijken opgericht die op continue basis gegevens over het zorgproces registreren. De gegevens - die geautomatiseerde worden verzameld - worden maandelijks naar het NIVEL gezonden en (na kwaliteitscontrole) opgenomen in een centrale database (Wimmers, Swinkels, Visser e.a., 2002). De gegevens kunnen spiegelinformatie opleveren die door IOF's of in benchmarking kan worden gebruikt.

2.3.3 *Toetsen en verbeteren*

Intercollegiale Overleg Fysiotherapie (IOF)

Omschrijving en doel

Een IOF is een overleg van een groep fysiotherapeuten (10 tot 15 personen) die met elkaar in gesprek zijn over het vak, buiten de muren van de eigen praktijk of instelling. In het IOF bespreken de deelnemers samen met collega's hun eigen handelen als fysiotherapeut. Het doel van het IOF is het realiseren van een continue kwaliteitsverbetering en meer uniformiteit in de beroepsuitoefening (Van der Wees, 1999; Veenhof e.a., 2001).

Het IOF is op lokaal niveau gegroepeerd. In principe is de groep gemengd, dat wil zeggen dat zowel fysiotherapeuten uit de eerste lijn, de tweede lijn of verbijzonderde fysiotherapeuten in een groep kunnen zitten. Het IOF bestaat in ieder geval uit

deelnemers van verschillende praktijken en afdelingen. Het IOF wordt begeleid door een IOF-coördinator. Deze coördinatoren hebben een training ontvangen in coachingsvaardigheden om het IOF te begeleiden (Veenhof e.a., 2001).

Tijdens het IOF vindt overleg plaats over een onderwerp dat de deelnemers zelf hebben gekozen. Vervolgens wordt de kwaliteitscirkel doorlopen: normeren, meten, toetsen en verbeteren. Om de deelnemers te begeleiden in het systematisch toepassen van de kwaliteitscirkel zijn een aantal kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekbesprekingen of het systematisch bespreken van richtlijnen (Van der Wees, 1999). Het doel van deze instrumenten is de kwaliteit van het professioneel handelen van de individuele deelnemers te verbeteren of te bewaken.

Het IOF wordt door het KNGF gezien als motor van het kwaliteitsprogramma van de fysiotherapeuten. Met de lokale groepen en regionale coördinatoren, vormen de IOF's tezamen een goede infrastructuur om het kwaliteitsbeleid van het KNGF te implementeren (Bennema-Broos, e.a., 2000).

Toepassing in praktijk:

Begin 2002 waren er ongeveer 1200 IOF's actief, begeleid door ongeveer 140 IOF-coördinatoren. Een IOF-coördinator begeleidt ongeveer acht IOF's in hun activiteiten. De IOF-coördinatoren zelf worden weer begeleid door zes regionale kwaliteitsfunctionarissen. (Simons, 2001; www.KNGF.nl, 2002).

In een onderzoek onder 400 fysiotherapeuten geeft driekwart van de respondenten aan dat zij in hun IOF het afgelopen jaar een richtlijn hadden besproken. Een kleine groep (11%) geeft aan dat men in de IOF intercollegiale toetsing heeft uitgevoerd in het afgelopen jaar. De belangrijkste bevorderende factoren voor het participeren in een IOF zijn factoren die betrekking hebben op het functioneren van de groep (goede sfeer, vertrouwen en dergelijke).

Deelname aan een IOF draagt volgens driekwart van de respondenten bij tot deskundigheidsbevordering. Ruim de helft van de respondenten (52%) geeft aan dat deelname aan het IOF heeft geleid tot concrete veranderingen in eigen handelen en/of afspraken over een behandelwijze, bijvoorbeeld het verbeteren van verslaglegging, het werken volgens richtlijnen en het samenwerken met collega's (Veenhof e.a., 2001). Als belemmeringen voor het functioneren van een IOF meldt ongeveer de helft van de respondenten het feit dat deelname aan een IOF verplicht is gesteld voor registratie en dat er onduidelijkheid bestaat over de bedoeling van het IOF

Ontwikkelingen

Continu zal aandacht worden besteed aan verdieping van de kennis van de coördinatoren in het toepassen van de kwaliteitsinstrumenten (Hofhuis & Van der Ende, 2000a).

In de functie van IOF's zal in de toekomst waarschijnlijk een accentverandering plaatsvinden. Tot nu toe waren de IOF's vooral gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het vakinhoudelijk handelen. De verwachting is dat in de toekomst het IOF mede wordt beschouwd als als een instrument om aan Total Quality Management (TQM) te werken. Dit houdt in dat het IOF mede gericht zal zijn op het verwerven van certificaten

en aandacht zal besteden aan doelmatigheid bijvoorbeeld op basis van spiegelinformatie die verkregen wordt uit landelijke registratiesystemen.

Visitatie

Omschrijving en doel

Visitatie is een educatief instrument waarbij de kwaliteit van een praktijk of afdeling beoordeeld wordt door externe visiteurs. Tijdens de visitatie worden de omstandigheden waaronder en de wijze waarop zorg wordt verleend, beoordeeld. De visitatie geschiedt aan de hand van een onderzoeksplan en vooraf opgestelde kwaliteitscriteria.

Het doel van de visitatie is het geven van feedback waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Dit moet uiteindelijk leiden tot een verbetering van de verleende zorg (Hofhuis e.a., 2000b).

Er is een beroepsspecifieke visitatie-methode ontwikkeld voor de intramurale fysiotherapie. Deze methode is uitgewerkt tot een methode voor de afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen en een methode voor afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen (Hofhuis e.a., 2000b).

De beoordeling vindt plaats door een visitatieteam, bestaande uit deskundigen uit de sector zonder banden met de te visiteren instelling of beroepsbeoefenaren. Voorafgaand aan het bezoek van het team vult de praktijk of afdeling een vragenlijst in. Vervolgens bezoekt het visitatieteam de praktijk of afdeling. Er worden gesprekken gevoerd met medewerkers, management, specialisten en leidinggevenden. Naar aanleiding van het bezoek maakt het visitatieteam een visitatieverslag waarin de bevindingen worden vastgelegd en waarin aanbevelingen voor verbeteringen worden opgenomen. De aanbevelingen bieden de gevisiteerden aanknopingspunten voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening (Hofhuis e.a., 2000b).

Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in instellingen krijgen ook te maken met visitaties vanuit de sector waarbinnen de instelling werkzaam is. Een voorbeeld hiervan zijn de fysiotherapeuten die in de revalidatiecentra werkzaam zijn. Zij worden gevisiteerd volgens het kwaliteitssysteem van de revalidatie-instelling. Deze visitaties zijn gericht op de gehele instelling, waaronder de fysiotherapeuten (Hofhuis e.a., 2000b).

Toepassing in praktijk

Begin 2001 waren er 15 visiteurs opgeleid en waren 21 visitaties in afdelingen fysiotherapie van ziekenhuizen en verpleeghuizen uitgevoerd. Uit een onderzoek onder de gevisiteerde afdelingen bleek dat gemiddeld ruim negen aanbevelingen ter verbetering werden gedaan. Van die aanbevelingen waren er 1,2 nieuw of verrassend voor de betrokkenen. De respondenten gaven aan dat zij van plan waren om zeven van de aanbevelingen op te gaan volgen. De visitatie had het inzicht van de gevisiteerden vergroot, zo werd gemeld, zowel op een aantal sterke als op zwakke aspecten (Hofhuis e.a., 2000b).

Ontwikkelingen

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) heeft een project uitgevoerd om te zien op elke wijze intramurale visitaties kunnen worden gecontinueerd ('scenario voor de implementatie van visitaties') (Hofhuis e.a., 2001). Ook wordt onderzocht of visitatie gebruikt kan worden om te beoordelen in welke mate men voldoet aan de normen die vereist zijn voor het verkrijgen van een keurmerk of certificaat.

2.3.4 Borgen

Herregistratie

Omschrijving en doel

Het Centraal Kwaliteitsregister KNGF heeft als doel de kwaliteit van de individuele fysiotherapeut te waarborgen. Registratie betekent dat de beroepsbeoefenaar volgens de norm van de beroepsgroep voldoet aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Voor registratie moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan :1) ingeschreven staan in het BIG-register; 2) de laatste 2 jaar gemiddeld 8 uur per week gewerkt hebben; 3) deelname aan een IOF; 4) werken volgens de beschikbare KNGF-richtlijnen; 5) voldoende punten behalen door het volgen van geaccrediteerde bij- en nascholingsactiviteiten; 6) de kwaliteitsmodules verplichte scholing van het KNGF gevolgd hebben of nog gaan volgen; 7) deelnemen aan een klachtenregeling zoals geformuleerd in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector; 8) zich onderwerpen aan het verenigingstuchtrecht van het KNGF.

De registratie is 5 jaar geldig. (Hermans, 2000).

Voor registratie in het kwaliteitsregister moet men dus de verschillende kwaliteitsinstrumenten van het KNGF gebruiken. Met het gebruik van deze kwaliteitsinstrumenten tezamen wordt de kwaliteitskringloop (normeren, meten, toetsen en verbeteren) doorlopen. Het kwaliteitsregister zorgt daarmee voor de samenhang in de kwaliteitsactiviteiten van het KNGF (Hofhuis & van der Ende, 2000a).

Accreditatie van bij- en nascholing

Omschrijving en doel

Het doel van de accreditatie is te waarborgen dat de bij- en nascholing aan een aantal kwaliteitseisen voldoet. Alle aangeboden cursussen worden door het KNGF beoordeeld aan de hand van opgestelde kwaliteitscriteria. Deze beoordeling mondt uit in het al of niet erkennen of accrediteren van de cursus.

Er is een accreditatiesysteem ontwikkeld voor bij- en nascholing voor alle paramedische beroepsgroepen. In de fysiotherapie wordt het gezamenlijk ontwikkelde accreditatiesysteem vereenvoudigd toegepast. Het volgen van geaccrediteerde cursussen en het maken van aan cursussen verbonden toetsen levert punten op. Ook voor het bezoeken van congressen, lezingen en symposia kunnen punten verkregen worden (Hermans, 2000).

Fysiotherapeuten gaan in het kader van de registratie in het Centraal Kwaliteitsregister KNGF een inspanningsverplichting aan ten aanzien van het volgen van bij- en nascholing. Gemiddeld dienen per jaar 16 punten voor bij- en nascholingsactiviteiten te worden behaald. Daarnaast zijn er 4 verplichte bij- en nascholingsmodules rondom kwaliteitszorg ontwikkeld, te weten methodisch handelen, verslaglegging, communicatie en evidence-based practice. De module methodisch handelen gold voor iedereen (begin 2001 hadden 13.000 fysiotherapeuten deze module gevolgd) (Hofhuis e.a., 2001). Voor de andere 3 modules behoorde een vrijstelling tot de mogelijkheden. De modules waren verplicht gesteld voor registratie in het Centraal Kwaliteitsregister KNGF (Hofhuis & Van der Ende, 2000a; www.KNGF.nl, 2002). Verplichtstelling wordt heroverwogen, zo werd vanuit het KNGF gemeld.²

Keurmerk

Omschrijving en doel

Naast het kwaliteitsregister (voor de individuele fysiotherapeut) komt er een kwaliteitskeurmerk of certificaat voor de praktijk. Een dergelijk certificaat biedt voor de buitenwereld een waarborg dat de kwaliteit van de praktijk of afdeling fysiotherapie voldoet aan de daarvoor opgestelde normen. Er wordt momenteel een certificatieschema ontwikkeld waarin de normen ten aanzien van de organisatie en bedrijfsvoering van fysiotherapiepraktijken beschreven staan (www.KNGF.nl, 2002). De normen worden opgesteld door alle betrokken partijen (patiënten / consumenten, fysiotherapeuten en financiers) onder regie van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Er is reeds een zelfevaluatie-instrument en een voorbeeld kwaliteitshandboek ontwikkeld die kunnen worden ingezet bij de voorbereiding van de certificering (www.KNGF.nl, 2002).

² Verwijst naar informatie uit het interview met het KNGF.

3 Kwaliteitszorg in de verpleging

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst het werkveld en het kwaliteitsbeleid van verpleegkundigen omschreven. Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van de kwaliteitsinstrumenten die voor verpleegkundigen beschikbaar zijn. Van elk instrument wordt het doel en de inhoud beschreven. Daarnaast wordt, voor zover bekend, beschreven hoe het instrument in de praktijk wordt gebruikt en welke ontwikkelingen er op het gebied van kwaliteitsinstrumenten plaatsvinden.

3.2 Werkveld en koepelorganisaties verpleegkundigen

Werkveld

In 1999 waren er in Nederland bijna 389.000 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam (NIVEL e.a., 2001). Het overgrote deel van de verpleegkundigen werkt in loondienst. Ongeveer eenderde van hen is werkzaam in de thuiszorg. Verder is een groot deel werkzaam in de ouderenzorg en de ziekenhuiszorg. Een kleiner aantal werkt in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (NIVEL e.a., 2001). Vanuit de overheid is aangegeven dat commerciële instellingen zich, onder strikte voorwaarden, mogen begeven op het terrein van de gezondheidszorg (www.zorgaanzet.nl, 2002). Dit heeft geleid tot de totstandkoming van onder andere commerciële thuiszorgorganisaties. Ook de vrije vestiging van verpleegkundigen komt steeds meer van de grond (Van der Most, 2001).

Koepelorganisaties

Er bestaat een grote diversiteit aan beroeps- en vakorganisaties voor verpleegkundigen. Een groot deel van de beroepsorganisaties (49 van de 62) heeft zich verenigd in een koepelorganisatie, de Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV). De AVVV stelt zichzelf ten doel een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg door nauwe onderlinge samenwerking van de specifieke beroepsorganisaties en samenwerking met andere organisaties in de gezondheidszorg (AVVV, 1998a). Sinds 1993 bestaat het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) met als doelstelling de positie van verpleegkundigen en verzorgenden te verstevigen (Bennema-Broos e.a., 2000).

Kwaliteitsbeleid

Tot voor kort ontwikkelden de beroeps- en vakorganisaties ieder een eigen kwaliteitsbeleid. De AVVV heeft inmiddels een regiefunctie op landelijk niveau voor het kwaliteitsbeleid van de verpleging en verzorging op zich genomen (AVVV, 1998b). In 2000 is een centraal coördinatiepunt, het Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging, (V&V) opgericht. Dit platform houdt zich bezig met het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen voor en door verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. Zij coördineert de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Men streeft ernaar om activiteiten eerst centraal te ontwikkelen en vervolgens weer regionaal te implementeren.

Daartoe onderzoekt het LCVV, in samenwerking met het AVVV, of en hoe een regionale structuur voor verpleegkundigen er uit kan zien. Een regionale structuur kan een belangrijke rol spelen in de implementatie en evaluatie van de landelijk ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Een belangrijke activiteit van het Kwaliteitsplatform is de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire en tripartiete richtlijnen. Tripartiete wil zeggen dat er 3 partijen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de richtlijnen: 1) verpleegkundigen en verzorgenden; 2) patiënten en consumenten en 3) zorgverzekeraars en andere beroepsgroepen.

Het Kwaliteitsplatform formuleert criteria en procedures voor de ontwikkeling van richtlijnen en voorziet richtlijnen van een keurmerk (Hickox, 2000; Bennema-Broos e.a., 2000; Leytens, 2000; Cremers, 1999).

Het Kwaliteitsplatform V&V is onderdeel van het programma 'Kwaliteitsontwikkeling Beroepsgroepen Verpleging & Verzorging' dat door het Ministerie van VWS mogelijk is gemaakt. Het Kwaliteitsplatform V&V is een van de initiatieven die worden ontplooid om het kwaliteitsbeleid van de verschillende beroepsgroepen (verpleegkundigen, verzorgenden en bijvoorbeeld verpleeghuisartsen) op elkaar af te stemmen (Meester, 2002; Beroep op kwaliteit, 2001).

Verpleegkundigen hebben in hun dagelijkse praktijk niet alleen te maken met het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Als beroepsbeoefenaren in loondienst krijgen zij ook te maken met het kwaliteitsbeleid van de instellingen waarin zij werkzaam zijn. Beroeps- en vakorganisaties zullen daar bij het eigen kwaliteitsbeleid rekening mee moeten houden (Bennema-Broos e.a., 2000).

3.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten

Verpleegkundigen krijgen bij het uitoefenen van hun beroep te maken met de kwaliteitsinstrumenten die door de verschillende beroeps- en vakorganisaties zijn ontwikkeld en met de kwaliteitsinstrumenten van de instellingen waarin zij werkzaam zijn. In deze paragraaf worden de verschillende kwaliteitsinstrumenten beschreven waar verpleegkundigen mee te maken kunnen krijgen bij de uitoefening van hun beroep. Een tweetal overzichtsstudies naar de kwaliteitsinstrumenten van verpleegkundigen hebben hierbij als uitgangspunt gediend (Bennema-Broos e.a., 2000; Wagner e.a., 1997). In het

voorliggende rapport zijn alleen de instrumenten beschreven die in de kwaliteitskringloop kunnen worden ingezet, zoals beschreven in hoofdstuk 1. Voorwaarden voor kwaliteitszorg, zoals de opleidingen, methodisch handelen en functieprofielen blijven buiten beschouwing.

3.3.1 *Normeren*

Richtlijnen, standaarden en protocollen

Omschrijving en doel

Een richtlijn (of standaard) is een document dat beschrijft wat het beste gedaan kan worden gedurende een bepaald zorgproces bij een omschreven groep patiënten. De richtlijn heeft tot doel de besluitvorming van de verpleegkundige te ondersteunen (Leytens & Wagner, 1999). Op het niveau van de beroepsbeoefenaar leveren richtlijnen een bijdrage aan de kwaliteitsbewaking- en bevordering van het individuele verpleegkundige handelen. Op niveau van de beroepsgroep zorgen richtlijnen voor de profilering van de verpleegkundige zorg. Richtlijnen kunnen een rol spelen bij het verkleinen van de kloof tussen theorie en praktijk en als middel om onaanvaardbare verschillen in werkwijze tussen beroepsbeoefenaren terug te dringen (Verbeek, 1997; Eliens e.a., 2001).

Een protocol beschrijft hoe een handeling uitgevoerd kan worden. Het beschrijft welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden concreet uitgevoerd moeten worden. Een protocol heeft tot doel de verpleegkundigen te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen (Leytens & Wagner, 1999). Voor de individuele beroepsbeoefenaar geven protocollen houvast in geval van complexe situaties, waar verschillende disciplines bij betrokken zijn. Een protocol is uiteindelijk bedoeld om de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening te waarborgen en daar waar mogelijk te verbeteren (Verbeek, 1997).

Er zijn inmiddels enkele landelijke verpleegkundige richtlijnen ontwikkeld door beroepsverenigingen, onderzoeksinstituten en de Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad. Deze richtlijnen zijn geschreven voor de beroepsgroep als geheel en betreffen verpleegkundige zorg bij een aantal specifieke ziektebeelden (bijvoorbeeld. decubitus, schizofrenie), verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld. zwachtelen, subcutaan injecteren van heparine), of zorg bij specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld. suïcidale patiënten, mensen met een verstandelijke handicap) (Bennema-Broos e.a., 2000; Leytens & Wagner, 1999).

Toepassing in de praktijk

In 2000 beschikte ongeveer eenderde van de beroeps- en vakorganisaties naar eigen zeggen over richtlijnen en protocollen en was eenderde bezig deze te ontwikkelen (Bennema-Broos e.a., 2000). Een landelijke inventarisatie van bestaande richtlijnen en protocollen in 1999 leverde ongeveer 1000 documenten op. Het betrof alle landelijk, regionaal of lokaal ontwikkelde richtlijnen en protocollen die in de instellingen werden gebruikt. De kwaliteit hiervan liet nog wel eens te wensen over. Op basis van deze

inventarisatie, zijn criteria ontwikkeld waaraan richtlijnen en protocollen zouden moeten voldoen (Leytens & Wagner, 1999). De richtlijnen en protocollen die aan die eisen voldoen, worden opgenomen in de databank 'Richtlijnen en protocollen verpleging & verzorging' die wordt beheerd door het Informatiecentrum van het LCVV (Hickox, 2000). In een aantal instellingen wordt gewerkt aan het systematisch verbeteren van bestaande richtlijnen en protocollen (Frohleke, 1999).

Uit een onderzoek in 1997 bleek dat ongeveer de helft van de verpleegkundigen zei de bestaande richtlijnen en protocollen toe te passen. Sommige richtlijnen en protocollen werden vaker toegepast dan andere. Er bleken grote verschillen te bestaan tussen sectoren en instellingen in de mate waarin richtlijnen en protocollen werden opgevolgd (Wagner e.a., 1997). Redenen om bestaande richtlijnen en protocollen niet toe te passen varieerden van onbekendheid met de richtlijn tot de opvatting dat de richtlijn te veel details bevatte of niet van toepassing werd geacht bij specifieke cliënten. Het daadwerkelijk toepassen van protocollen en richtlijnen blijkt een proces van gedragsverandering te vragen. Beroepsbeoefenaars moeten de richtlijnen of protocollen zien als aanvaardbare en reële werkwijze voordat zij tot gedragsverandering bereid zijn (Steman & Zomerplaa, 1995; Hendriks & Appelmans, 2000; Verbeek, 1997).

Ontwikkelingen:

De beroepsgroep streeft naar landelijk gelegitimeerde richtlijnen en protocollen. Het Kwaliteitsplatform V&V heeft de taak bestaande richtlijnen en protocollen te toetsen en te voorzien van een keurmerk (Eliens e.a., 2001; Hickox, 2000).

Daarnaast worden nieuwe landelijke richtlijnen ontwikkeld die zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en vanuit patiënten perspectief (vb. Ziekte van Parkinson). Het Kwaliteitsplatform V&V besteedt aandacht aan de verspreiding en implementatie van nieuwe richtlijnen. De ontwikkeling van wetenschappelijke onderbouwde richtlijnen en protocollen wordt bemoeilijkt, doordat er nog weinig onderzoek naar de effectiviteit van behandelwijzen en methoden van verzorging is verricht (Eliens e.a., 2001; Bennema-Broos e.a., 2000).

Behalve monodisciplinaire richtlijnen worden ook steeds meer multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld in samenwerking met andere beroepsorganisaties. Hierin wordt de samenwerking en coördinatie van de zorg geregeld. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn 'Samenwerking en logistiek rond decubitus' die is ontwikkeld in samenwerking met de verpleeghuisartsen (Beroep op kwaliteit, 2001; Meester 2002).

Tot slot is een project 'tripartiete richtlijnontwikkeling' gestart waarbij verpleegkundigen en verzorgenden, samen met patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en andere beroepsgroepen, richtlijnen ontwikkelen. Het project staat onder leiding van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Als eerste zijn de volgende twee onderwerpen gekozen om een werkwijze te ontwikkelen voor de totstandkoming en implementatie van tripartiete richtlijnen, namelijk 'begeleiding en bejegening van CVA-patiënten en hun directe omgeving' en 'zorg bij een verstoord slaap-waak ritme'. In de richtlijnen wordt de gewenste samenwerking en de coördinatie van de zorg vastgesteld en

beschreven ten aanzien van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg (Beroep op kwaliteit, 2001; Eliens e.a., 2001).

Criteria vanuit patiëntenperspectief

Omschrijving en doel

Door de NP/CF zijn algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld die voor elke zorgsector gelden. Deze criteria weerspiegelen de ‘kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief’. De kwaliteitscriteria zijn geordend aan de hand van de thema’s: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie. De NC/PF en het LCVV hebben samen de kwaliteitsvisie en de kwaliteitscriteria van de patiëntenbeweging op de beroepsuitoefening van verpleging / verzorging beschreven in een gelijknamig rapport. Deze kwaliteitscriteria kunnen richting geven aan de kwaliteitsactiviteiten van de beroepsgroepen (www.npcf.nl, 2002).

Minimale kwaliteit van zorg

Omschrijving en doel

Door de AVVV is een meetinstrument ontwikkeld ten aanzien van minimale kwaliteit van zorg. Het instrument bevat normen die aangeven wat de minimale kwaliteit van zorg is, die tenminste geleverd moet worden om nog te kunnen spreken van verantwoorde zorg. Met behulp van het instrument kan worden getoetst of de zorg aan de normen voldoet.

3.3.2 Meten

Registratie van de verleende zorg

Omschrijving en doel

Registratie biedt de mogelijkheid om de verleende zorg van de individuele verpleegkundige of van een groep verpleegkundigen te toetsen aan een gemiddelde. Gestandaardiseerde verslaglegging biedt de mogelijkheid om de gegevens te vergelijken met een regionaal of landelijk gemiddelde. Op het niveau van de beroepsgroep kunnen dergelijke gegevens worden gebruikt voor planning en onderzoek. Gegevens van de verpleegkundige zorgverlening op patiënt-niveau kunnen verkregen worden via verslaglegging in het zorgplan. In een zorgplan worden de doelen van de zorgverlening en de daadwerkelijk verleende zorg op systematische wijze vastgelegd en periodiek geëvalueerd (Noorda, 1999; Bennema-Broos e.a., 2000). De inhoud en de systematiek van het zorgplan blijkt sterk afhankelijk te zijn van de instelling (Verbeek, 1997).

Toepassing in praktijk

Uit een onderzoek in 1997 bleek dat ongeveer de helft van de verpleegkundigen (53%) altijd een zorgplan gebruikte. De mate waarin het zorgplan werd gebruikt varieerde van 38% van de uitvoerenden in ziekenhuizen (verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden) tot 61% in instellingen voor gehandicapten (Wagner, e.a., 1997). Uit onderzoek onder het management van zorginstellingen in 2000, bleek dat gemiddeld in

89% van de instellingen zorgplannen werden gebruikt (84% van de ziekenhuizen, 95% van de thuiszorginstellingen en 98% van de verpleeghuizen). Gegevens uit zorgplannen werden door een gedeelte van de instellingen systematisch gebruikt voor bijsturing van het (zorg)beleid (in 26% van de ziekenhuizen, in 43% van de thuiszorg en in 70% van de verpleeghuizen) (Sluijs & Wagner, 2000).

Ontwikkelingen

In een aantal instellingen wordt gebruik gemaakt van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) of het Elektronisch Zorg Dossier (EZD). Onderzocht wordt wat er in een EPD aan verpleegkundige informatie zou moeten zitten en welke functies een EPD kan hebben voor de verpleging.

In steeds meer verpleeg- en verzorgingshuizen wordt gebruik gemaakt van het RAI (Resident Assessment Instrument) om het zorgproces te structureren en te registreren. Met het RAI kan in principe de hele kwaliteitskringloop doorlopen worden. Het RAI bestaat uit drie elementen: 1) een uitgebreide vragen- en screeningslijst over een aantal (mogelijke) probleemgebieden zoals cognitief functioneren, continentie, stemming, gedrag en diagnoses van ziekten; 2) een signaleringssysteem dat problemen bij bewoners signaleert als (combinaties van) vragen positief scoren; en 3) beoordelingsrichtlijnen die, als een probleem gesignaleerd is, wijzen op mogelijke oorzaken van het probleem en suggesties bevatten voor eventuele behandelingen. Vanuit de verkregen informatie kan vervolgens een onderbouwd zorgplan worden vastgesteld. Door de gestandaardiseerde gegevensverzameling kan de instelling en / of de sector beschikken over uniforme zorginformatie (Meijer e.a., 1999).

3.3.3 Toetsen en verbeteren

Intercollegiale toetsing

Omschrijving en doel

Intercollegiale toetsing is een vorm van interne toetsing door beroepsbeoefenaars waarbij collega's elkaars handelen beoordelen aan de hand van (door henzelf omschreven) criteria. Het doel van de toetsing is de hulpverlening meer in overeenstemming te brengen met de gestelde criteria. De toetsing heeft betrekking op het zorginhoudelijk handelen (Verbeek, 1997; Hollands e.a., 2000).

De toetsingsgroep kan bestaan uit beroepsbeoefenaren van eenzelfde discipline (monodisciplinair) of van verschillende disciplines (multidisciplinair). De leden van de groep werken in het dagelijks werk doorgaans niet direct samen. De inhoud van de toetsing moet altijd betrekking hebben op de werkzaamheden van de leden van de groep (Verbeek, 1997).

Er bestaan verschillende modellen van intercollegiale toetsing. Alle modellen omvatten in ieder geval de volgende elementen: 1) selectie van het onderwerp; 2) vaststellen van criteria; 3) verzamelen van informatie over het eigen handelen; 4) toetsen en interpreteren van de gegevens in vergelijking met de geformuleerde criteria; 5) aanbrengen van

veranderingen en 6) evalueren van veranderingen (Verbeek, 1996; Verbeek, 1997; Hollands e.a., 2000).

Toepassing in de praktijk

In 1997 meldde gemiddeld 18% van de verpleegkundigen en verzorgenden dat zij in het voorafgaande jaar hadden deelgenomen aan onderlinge toetsing. Minder dan de helft van de leidinggevendenden gebruikten interdisciplinaire toetsing om de kwaliteit van zorg te beoordelen (45% gebruikte monodisciplinaire toetsing, 39% gebruikte multidisciplinaire toetsing). Ongeveer een kwart van hen pasten interdisciplinaire toetsing periodiek toe, de overigen deden dat af en toe. Intercollegiale toetsing kwam monodisciplinair vaker dan gemiddeld voor in de thuiszorg, in ziekenhuizen en in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Multidisciplinaire intercollegiale toetsing kwam vaker dan gemiddeld voor in verpleeghuizen en eveneens in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Wagner e.a., 1997).

Visitatie

Omschrijving en doel

Bij visitatie wordt op georganiseerde wijze een bezoek afgelegd bij beroepsgenoten. Het is een educatief instrument. Tijdens de visitatie worden de omstandigheden waaronder en de wijze waarop zorg wordt verleend, beoordeeld. Het doel van de visitatie is het geven van feedback waardoor inzicht ontstaat in het eigen handelen en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Dit moet uiteindelijk leiden tot een verbetering van de verleende zorg (Verbeek, 1997; LCVV, 1997).

De beoordeling vindt plaats door een visitatieteam, bestaande uit deskundigen uit de sector. Bij interne visitatie bestaat het visitatieteam uit beroepsbeoefenaren van een andere afdeling of dienst van dezelfde instelling. Bij externe toetsing bestaat het visitatieteam uit beroepsbeoefenaren van een andere instelling.

Voorafgaand aan de visitatie worden doelen voor verpleegkundige zorgverlening en criteria voor goede zorg geformuleerd. Vervolgens bezoekt het visitatieteam de afdeling. Er worden gesprekken gevoerd met verpleegkundigen, teamleiders en afdelingshoofden. Daarnaast maakt het team een ronde over de afdeling en maakt zij gebruik van relevante documenten, zoals verpleegplannen, protocollen, dossiers en (kwaliteits)jaarverslagen. De verzamelde gegevens worden vergeleken met de eerder geformuleerde doelen en criteria. Naar aanleiding van het bezoek maakt het visitatieteam een visitatieverslag waarin de bevindingen worden vastgelegd en waarin aanbevelingen voor verbeteringen worden opgenomen. De aanbevelingen bieden de gevisiteerden aanknopingspunten voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening (Verbeek, 1997; LCVV, 1997).

Het CBO heeft een methode ontwikkeld voor een verpleegkundige visitatie (LCVV, 1997). Het in de methode gehanteerde referentiekader is voor de wijkverpleging vertaald naar een handleiding voor gestructureerde werkbezoeken die eind 2001 door middel van een pilot uitgetest zijn (Leytens & Hickox, 2001). Er is eveneens een visitatiemethode voor verpleegkundigen in ziekenhuizen ontwikkeld (Bennema-Broos e.a., 2000).

Verpleegkundigen die werkzaam zijn in instellingen, kunnen te maken krijgen met visitaties vanuit de sector waarbinnen de instelling werkzaam is. Zij worden dan gevisiteerd volgens het kwaliteitssysteem van de sector. Deze visitaties zijn gericht op de gehele instelling, waaronder de verpleegkundigen.

Toepassing in de praktijk

In 1997 zei ongeveer eenderde van de leidinggevenden (29%) verpleegkundige visitatie te gebruiken om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. 8% van deze leidinggevenden gebruikte visitaties periodiek, de overigen deden dat af en toe (Wagner e.a., 1997).

Uit de ervaringen met het ontwikkelde verpleegkundige visitatie-model bleek dat visiteren en gevisiteerd worden veel tijd kost en nieuwe vaardigheden vraagt van verpleegkundigen. Deelnemers oordeelden echter dat de voordelen van visitatie ruimschoots opwogen tegen de nadelen (LCVV, 1997).

Verbeterteams (kwaliteitscirkels of kwaliteitsgroepen)

Omschrijving en doel

Een verbeterteam is een tijdelijk werkzame groep met als doel een specifiek zorgproces of probleem op de eigen werkvloer te verbeteren (Verbeek, 1997; Exter-Seegers & Schols, 1996).

De verbeterteams worden samengesteld uit de betrokken medewerkers op basis van vrijwilligheid, affiniteit en deskundigheid met betrekking tot het onderwerp. Verbeterteams kunnen afdelingsgebonden werken of ook over afdelingen heen georganiseerd zijn, en zowel monodisciplinair als multidisciplinair samengesteld zijn. Het initiatief voor het opzetten van een verbeterteam ligt veelal bij het management (Verbeek, 1996; Verbeek, 1997).

In een verbeterteam wordt op cyclische wijze geprobeerd het zorgproces of probleem te beschrijven, te analyseren te verbeteren. Bij de analyse worden de invalshoeken van de cliënt, de medewerkers en de organisatie meegenomen (Verbeek, 1997; Kanters e.a., 1996; Bennema-Broos e.a., 2000). Voorbeelden van onderwerpen die in verbeterteams aan de orde kwamen zijn bijvoorbeeld: het verbeteren communicatie binnen het team, het opzetten van multidisciplinair overleg, wond/stoma verzorging, en het schoonhouden van de afdeling (Wagner e.a., 1997).

Toepassing in praktijk

In 1997 meldde ongeveer eenderde van de verpleegkundigen en verzorgenden (29%) dat zij het voorafgaande jaar hadden deelgenomen aan een verbeterteam. Het betrof meestal monodisciplinaire groepen van dezelfde afdeling (19%) of verbeterteams samen met andere afdelingen (11%). Relatief weinig uitvoerenden hadden geparticipeerd in multidisciplinaire verbeterteams (6%). Uitvoerenden in ziekenhuizen namen vaker dan gemiddeld deel aan monodisciplinaire verbeterteams. Uitvoerenden uit verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen namen vaker dan gemiddeld deel aan multidisciplinaire verbeterteams (Wagner e.a., 1997).

Ontwikkelingen

In samenwerking met het CBO wordt nagegaan of zogenoemde doorbraakprojecten voor verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkeld kunnen worden. Doorbraakprojecten zijn gericht op fundamentele vernieuwing van de zorgverlening. Bij een doorbraakproject worden tijdelijke samenwerkingsverbanden gevormd uit een aantal instellingen in de gezondheidszorg met als doel het realiseren van ingrijpende verbeteringen in de patiëntenzorg.

3.3.4 Borgen

Herregistratie

Omschrijving en doel

Registratie in een beroepsregister maakt duidelijk dat de beroepsbeoefenaar bevoegd en deskundig is tot het uitoefenen van het beroep. Bij enkele beroepsgroepen is de registratie slechts een beperkte periode geldig, en moet men zich na die periode opnieuw laten registreren. Voor deze herregistratie worden kwantitatieve en soms kwalitatieve eisen gesteld. Kwantitatieve eisen hebben betrekking op de hoeveelheid werkervaring en kwalitatieve eisen op de deelname aan bij- en nascholing en kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Herregistratie heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening op langere termijn te waarborgen (Eliens e.a., 2001; Dol, 2001).

De registratie van verpleegkundigen is sinds 1996 wettelijk geregeld via de Wet BIG. Eind 1997 is, op een enkeling na, de registratie voltooid en waren er 182.154 verpleegkundigen in het register opgenomen (Calsbeek e.a., 1998). De verpleegkundige beroepsgroep gaan de herregistratie voor verpleegkundigen nader uitwerken. Daarbij zullen zowel kwantitatieve als kwalitatieve eisen aan de beroepsbeoefening worden gesteld. Een Project 'Herregistratie van verpleegkundigen' is eind 2000 van start gegaan. Daarin wordt vastgesteld welke criteria voor herregistratie gelden (Dol, 2001; Eliens e.a., 2001).

Onderwerp van discussie is de (her)registratie van gespecialiseerde verpleegkundigen. Herregistratie is ook hier wenselijk om verantwoorde beroepsuitoefening op langere termijn te garanderen (Eliens e.a., 2001).

Accreditatie van deskundigheidsbevordering

Doel en omschrijving

Het doel van deskundigheidsbevordering is het bijhouden en aanleren van (nieuwe) theoretische kennis en (nieuwe) praktische vaardigheden door de individuele beroepsbeoefenaar. Het betreft kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor de feitelijke beroepsuitoefening of voor de vervulling van aanverwante functies. Deskundigheidsbevordering kan op diverse manieren plaatsvinden, via bij- en nascholing, via individuele instructie of werkbegeleiding, via intervisie en supervisie et cetera.

Toepassing in de praktijk

Op landelijk niveau bieden de beroeps- en vakorganisaties scholingsactiviteiten aan. Bijna de helft van de beroepsorganisaties was in 2000 bezig met een ordening van het aanbod van bij- en nascholing. Tweederde van deze organisaties richtte zich op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de bij- en nascholing. Een minderheid van hen had in 2000 plannen om bij- en nascholing verplicht te stellen (Bennema-Broos e.a., 2000). Volgens Dol (2001) is het wel mogelijk dat deelname aan deskundigheidsbevorderende activiteiten verplicht wordt gesteld voor herregistratie (Dol, 2001).

In 1997 meldde meer dan de helft (56%) van de verplegenden, verzorgenden en helpenden het afgelopen jaar vakinhoudelijke scholing gevolgd te hebben. 39% van hen had deelgenomen aan een vervolgopleiding of een aanvullende opleiding. Van andere vormen van deskundigheidsbevordering werd het lezen van vakliteratuur het meest frequent vermeld (gemiddeld 81%) (Wagner e.a., 1997).

Om permanente deskundigheidsbevordering te stimuleren, werd in een instelling een kwaliteitspaspoort geïntroduceerd, waarin de activiteiten van iedere verpleegkundige op het terrein van deskundigheidsbevordering kan worden geregistreerd en bijgehouden (Smit, 2000).

4. Kwaliteitszorg in de medische beroepen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst het werkveld en het kwaliteitsbeleid van de verschillende medische beroepsgroepen (medische specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen) omschreven. Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van de kwaliteitsinstrumenten die door de medische beroepen worden gebruikt. Van ieder kwaliteitsinstrument wordt het doel en de inhoud van het instrument beschreven en wordt ingegaan op mogelijke verschillen in toepassing van de instrumenten door de verschillende medische beroepsgroepen. Daarnaast wordt, voor zover bekend, beschreven hoe het instrument in de praktijk wordt gebruikt en welke ontwikkelingen zich ten aanzien van het instrument voordoen.

4.2 Werkveld en koepelorganisaties medische beroepen

Algemeen

Eind 1999 waren er bijna 30.000 artsen werkzaam. Bijna de helft van de artsen (14.712) is werkzaam als medisch specialist. Bijna een derde (9.182) is werkzaam als huisarts. De overigen werken als sociaal geneeskundigen (3.738) of als verpleeghuisarts (1.007) (NIVEL e.a., 2001).

Werkveld en koepelorganisaties medisch specialisten

Het merendeel van de medisch specialisten is werkzaam in een algemeen, academisch of categoriaal ziekenhuis. Zij zijn binnen het ziekenhuis grotendeels werkzaam in een vrij beroep. Een klein deel van de specialisten werkt in dienstverband van het ziekenhuis. Sinds eind 1998 zijn specialisten en ziekenhuizen wettelijk verplicht tot het tot stand laten komen van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, met financiële integratie en managementparticipatie van medisch specialisten (Bennema-Broos e.a., 2000).

Per medische specialisatie bestaat een wetenschappelijke vereniging die zich bezig houdt met de ontwikkeling van het vakgebied. Er bestaan in totaal 31 verenigingen. Daarnaast bestaat er een beroepsorganisatie voor alle specialisten, de Orde van Medisch Specialisten, die zich bezig houdt met de belangenbehartiging van medisch specialisten. De Orde speelt een belangrijke rol bij het initiëren, stimuleren en coördineren van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de verschillende wetenschappelijke verenigingen (Bennema-Broos e.a., 2000; Rutten, 2002).

De medische specialisten hebben enerzijds te maken met het kwaliteitsbeleid van hun professionele beroepsorganisatie en anderzijds met het kwaliteitsbeleid van de instellingen. De beroepsgroep is verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit. In het kwaliteitsbeleid van de instellingen ligt de nadruk vooral op organisatorische aspecten.

In toenemende mate is te zien dat er geïntegreerde kwaliteitssystemen voor het hele ziekenhuis worden ontwikkeld waarin medisch specialisten vanzelfsprekend een belangrijke rol spelen (Bennema-Broos e.a., 2000; Rutten, 2002).

Werkveld en koepelorganisatie huisartsen

Een grote meerderheid van de huisartsen (94%) is zelfstandig gevestigd en een klein gedeelte van de huisartsen (6%) is in dienst van een collega-huisarts. De meeste huisartsen (42%) werken in solopraktijken. Een kleiner aantal werkt in een duo- of groepspraktijk (respectievelijk 33% en 25%) (NIVEL e.a., 2001). Er is een ontwikkeling ingezet naar grotere verbanden waarin huisartsen gezamenlijk werkzaam zijn (Dijkers, 2000).

Huisartsen zijn georganiseerd in de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De LHV draagt zorg voor de positie van de huisarts. Daarnaast bestaat er een wetenschappelijke vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dat zich bezig houdt met het inhoudelijk ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde. De LHV en het NHG coördineren gezamenlijk de uitvoering van het kwaliteitsbeleid, ondersteund door de Commissie kwaliteitsbeleid (CKB). Op regionaal niveau dragen de Districtshuisartsen Verenigingen (DHV) zorg voor de implementatie van het landelijk kwaliteitsbeleid. Jaarlijks worden de districtsprogramma's vastgesteld waarin de activiteiten voor kwaliteitsbevordering worden opgenomen die door de districten zijn gekozen. Ontwikkeling van evidence-based richtlijnen, intercollegiale toetsing en nascholing, vormen samen de kernaspecten van het kwaliteitsbeleid (Bennema-Broos e.a., 2000).

Werkveld en koepelorganisaties sociaal geneeskundigen

Eind 2000 waren er 3775 artsen ingeschreven in het Register voor erkende Sociaal Geneeskundigen (NIVEL e.a., 2001). Sociaal geneeskundigen komen terecht in een grote diversiteit in functies en organisaties. De meeste van hen zijn geregistreerd als bedrijfsarts (40%) of als verzekeringsarts (29%). De overigen zijn geregistreerd als jeugdarts (16%), arts algemene gezondheidszorg (12%) of in een ander soort sociaal geneeskundige specialisatie (3%, bijvoorbeeld Sportarts, TBC-arts) (Van der Velden & Hingstman, 2001). Het aantal niet geregistreerde sociaal-geneeskundigen is mogelijk net zo groot als

het aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen. Niet geregistreerde sociaal-geneeskundigen zijn vooral consultatiebureau-artsen (Bennema-Broos e.a., 2000).

Uit onderzoek is gebleken dat het overgrote deel van de sociaal-geneeskundigen in vast dienstverband werkt (94%). De overigen zijn vrijgevestigd (3%) of hebben een tijdelijk dienstverband (3%) (Bennema-Broos e.a., 2000).

Sociaal geneeskundigen kunnen zich aansluiten bij verschillende beroepsverenigingen en/of wetenschappelijke verenigingen. Sinds 1981 kunnen alle sociaal geneeskundigen lid worden van een landelijke koepelorganisatie, de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG). De wetenschappelijke verenigingen zijn vertegenwoordigd in de LVSG. Ongeveer eenderde van de sociaal geneeskundigen is lid van de LVSG. De LVSG behartigt de belangen van de sociaal-geneeskundigen en heeft zich ten doel gesteld de preventie binnen de gezondheidszorg te versterken (Bennema-Broos e.a., 2000).

Door de diversiteit aan beroepsverenigingen, organisaties en functies bestaat er geen (overkoepelend) kwaliteitsbeleid voor sociaal geneeskundigen. Het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid vindt veelal plaats binnen de verschillende beroepsgroepen. Binnen de meeste beroepsgroepen ontbreekt het aan een goede infrastructuur voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid. Een belangrijkste aandachtspunt in het kwaliteitsbeleid is de intercollegiale toetsing (Bennema-Broos e.a., 2000).

Werkveld en koepelorganisatie verpleeghuisartsen

Het overgrote deel van de verpleeghuisartsen is werkzaam in een verpleeghuis. Verpleeghuisartsen zijn georganiseerd in de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA). De NVVA heeft als centrale doelstelling het bevorderen van de kwaliteit van de verpleeghuisgeneeskunde (Bennema-Broos e.a., 2000).

Verpleeghuizen zijn 10 jaar geleden begonnen met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. In 1996 is de Commissie Kwaliteit door de NVVA ingesteld met als opdracht een samenhangend kwaliteitsbeleid voor verpleeghuisartsen tot stand te brengen. De commissie houdt zich bezig met het uitwerken en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Veel kwaliteitsactiviteiten - met uitzondering van onderlinge toetsing - waren in 2000 nog in ontwikkeling (NVVA, 1998a; Bennema-Broos e.a., 2000).

Om de kwaliteitssystemen van de verpleeghuisartsen en de verpleeghuizen op elkaar af te stemmen hebben de NVVA en de NVVz (Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg) gezamenlijk enkele werkgroepen in het leven geroepen (Bennema-Broos e.a., 2000).

Koepelorganisatie medische beroepen

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) vormt de overkoepelende vereniging van artsen. De KNMG bestaat uit de LAD (Landelijke Vereniging Artsen in Dienstverband), LHV, NVAB (Nederlandse vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde), De Orde van Medisch Specialisten, NVVA en

enkele individuele KNMG-leden. De KNMG draagt zorg voor enkele aspecten die alle artsen aangaan (medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke zaken). Daarnaast coördineert de KNMG activiteiten die door de federatie partners en de KNMG gezamenlijk worden ondernomen. Ten aanzien van het kwaliteitsbeleid initieert de KNMG projecten die concreet bijdragen aan de kwaliteit van zorg en stelt zij randvoorwaarden op voor de implementatie en borging van kwaliteitsinstrumenten. Belangrijke aandachtspunten zijn visiebepaling, kwaliteitsborging in de zorgdriehoek (aanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars), implementatie van kwaliteitsbeleid in overleg met Zorg Onderzoek Nederland (ZON) en andere partners, en afstemming van het kwaliteitsbeleid in de verschillende sectoren (www.KNMG.nl, 2002).

4.3 Overzicht van de kwaliteitsinstrumenten

Artsen krijgen bij het uitoefenen van hun beroep te maken met de kwaliteitsinstrumenten die door de verschillende wetenschappelijke verenigingen zijn ontwikkeld. Daarnaast hebben artsen te maken met de kwaliteitsinstrumenten van de instellingen waarin zij werkzaam zijn.

In deze paragraaf worden de verschillende kwaliteitsinstrumenten beschreven waar artsen mee te maken kunnen krijgen bij de uitoefening van hun beroep. Een overzichtsstudie naar de kwaliteitsinstrumenten van verschillende medische beroepsgroepen (Bennema-Broos e.a., 2000) en een tweetal overzichtsartikelen (Van der Werf e.a., 1999; Van der Werf e.a., 2000) hebben hierbij als uitgangspunt gediend. In het voorliggende rapport zijn alleen de instrumenten beschreven die in de kwaliteitskringloop kunnen worden ingezet, zoals beschreven in hoofdstuk 1. Voorwaarden voor kwaliteitszorg, zoals opleidingen en beroeps- of functieprofielen blijven buiten beschouwing.

4.3.1 Normeren

Standaarden, protocollen en richtlijnen

Omschrijving en doel

Richtlijnen (standaarden of protocollen) beschrijven de huidige gewenste manier van handelen bij een specifiek gezondheidsprobleem. Op het niveau van de beroepsbeoefenaar leveren richtlijnen een bijdrage aan de kwaliteitsbewaking- en bevordering van het individuele handelen. Op niveau van de beroepsgroep zorgen richtlijnen voor het terugdringen van verschillen in werkwijze, en als uitgangspunt voor toetsing, (na)scholing en afspraken met andere partijen. Richtlijnen worden op lokaal niveau gebruikt om protocollen op te stellen met afspraken over bijvoorbeeld belangrijke beslissingsmomenten, verantwoordelijkheidsverdeling en onderlinge communicatie (Thomas e.a., 1996; Bennema-Broos e.a., 2000).

Richtlijnen kunnen worden opgesteld door de beroepsbeoefenaren in consensusbijeenkomsten en zij worden geaccrediteerd door de beroepsorganisatie. In toenemende mate worden wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen ontwikkeld. De

richtlijnen worden verspreid via publicatie in de vaktijdschriften. Bij huisartsen en verpleeghuisartsen zijn veel richtlijnen voorzien van een deskundigheidsbevorderings- of nascholingspakket.

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

Huisartsen besteden van oudsher veel aandacht aan de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Zij beschikken inmiddels over ruim 70 NHG-standaarden. De standaarden bestrijken 3 aspecten, namelijk medisch-inhoudelijk handelen, de praktijkvoering en het hulpverleningsproces. Ook bij medisch specialisten zijn richtlijnen een wezenlijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Alle wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen medisch-inhoudelijke richtlijnen. Het aantal medisch specialistische richtlijnen is niet bekend.

Verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen zijn later gestart met de ontwikkeling van richtlijnen dan huisartsen en medisch specialisten. Inmiddels zijn er enkele richtlijnen voor verpleeghuisartsen ontwikkeld (bijvoorbeeld voor hartfalen, slikproblemen en probleemgedrag). Voor bedrijfsartsen zijn inmiddels ook enkele richtlijnen ontwikkeld (bijvoorbeeld voor het handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten en bij lage rugklachten). Door de verschillende wetenschappelijke verenigingen van sociaal geneeskundigen worden eveneens richtlijnen ontwikkeld.

Er zijn initiatieven genomen om de activiteiten op gebied van richtlijnontwikkeling van de afzonderlijke sociaal geneeskundige wetenschappelijke verenigingen te structureren (Bennema-Broos e.a., 2000).

In toenemende mate worden er multidisciplinaire en transmurale richtlijnen opgesteld om te zorgen voor continuïteit en afstemming in de zorg. In dat kader zijn er afspraken gemaakt tussen het NHG en de Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO (een vertegenwoordiging van de verschillende Wetenschappelijke Verenigingen van medisch specialisten) om richtlijnen en standaarden zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen. Er is een aantal transmurale richtlijnen ontwikkeld door een samenwerkingsverband van de betreffende wetenschappelijke verenigingen (voorbeelden zijn: astma bij kinderen; decubitus; vocht- en voedingsproblemen; subfertiliteit; benigne prostaathyperplasie, hoge bloeddruk, sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers).

De verwachting is dat in de toekomst veel richtlijnen multidisciplinair van aard zullen zijn (Van der Werf e.a., 1999; Bennema-Broos e.a.2000). Voor een aantal multidisciplinaire richtlijnen worden gezamenlijke trainingen verzorgd (bijvoorbeeld voor huisartsen en bedrijfsartsen) (Van der Klink & Weel, 2000).

De NHG-standaarden zijn geautomatiseerd beschikbaar als onderdeel van het Elektronisch voorschrijf systeem (EVS) (Zuiderwijk, 1999). Het EVS is een digitaal informatiesysteem dat de huisarts adviseert bij de therapiekeuze na een gestelde diagnose (Wolters e.a., 2001). De Orde van Medisch Specialisten onderzoekt de mogelijkheden om een Elektronisch Voorschrijf Systeem voor specialisten te ontwikkelen (Van der Wel & Woerdman, 2001).

Toepassing in praktijk

Er is vrij veel onderzoek gedaan naar de toepassing van richtlijnen door huisartsen en medisch specialisten. De mate waarin de artsen bekend zijn met de richtlijnen en deze ook daadwerkelijk toepassen varieert. De implementatie wordt beïnvloed door een veelheid en complexiteit aan factoren onder te verdelen in kenmerken van de richtlijnen zelf (bijvoorbeeld consistentie), kenmerken van de behandelaar (bijvoorbeeld taakopvatting, subjectieve werkdruk, werkervaring) en kenmerken van de werksetting (bijvoorbeeld praktijkorganisatie, collega's, patiëntenpopulatie). Onderzoek naar de effecten van de toepassing van richtlijnen in de praktijk, laat tegenstrijdige resultaten zien (Spies, 2000; Bennema-Broos e.a., 2000).

Uit onderzoek naar het gebruik van het EVS door huisartsen bleek dat dit in ongeveer de helft van de 194 onderzochte praktijken was geïnstalleerd en door het grootste deel ook werd gebruikt (Wolters e.a., 2001). Onderzoek naar de factoren die het gebruik van het EVS belemmeren, gaf onder meer aan dat de manier van werken van de onderzochte huisartsen niet aansluit bij de eisen die het EVS stelt ten aanzien van computergebruik (Lagendijk e.a., 2001). Onderzoek onder medisch specialisten wees uit dat in 2000 slechts 2% van hen gebruik maakte van geautomatiseerde systemen voor beslissingsondersteuning (Van der Wel & Woerdman, 2001).

Ontwikkelingen

De ontwikkeling van richtlijnen blijft een belangrijk aandachtspunt van de diverse medische beroepen. Steeds belangrijker bij de ontwikkeling van richtlijnen wordt de wetenschappelijke onderbouwing en de afstemming met andere zorgverleners en met patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars. Afwegingen over kosteneffectiviteit en normatieve aspecten gaan een steeds grotere rol spelen in de ontwikkeling van richtlijnen (Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000; Theeuwes, 2001).

Criteria vanuit patiëntenperspectief

Omschrijving en doel

Door de NP/CF zijn algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld die voor elke zorgsector gelden. Deze criteria weerspiegelen de 'kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief'. Het doel van de criteria is aan zorgaanbieders kenbaar te maken wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de gezondheidszorg, zodat zorgaanbieders hun beleid daarop kunnen richten. In totaal zijn 30 criteria c.q. normen opgesteld en geordend aan de hand van een aantal thema's (vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie). Bij elke norm zijn een aantal specificaties of aandachtspunten opgenomen (www.ncpf.nl, 2002; Sluijs & Janse, 2002).

In het project Patiëntvriendelijkheid van Ziekenhuizen zijn - onder andere door de Stichting Cliënt en Kwaliteit - specifiek voor ziekenhuizen criteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld. Deze criteria worden ook gehanteerd in de ziekenhuisvergelijkingen die door de Consumentenbond en het NIVEL zijn uitgevoerd

(Janse, Hutten en Spreeuwenberg, 2002). Voor de kindvriendelijkheid van ziekenhuizen zijn criteria opgesteld door de Vereniging Kind en Ziekenhuis.

Door bewoners van verpleeghuizen en vertegenwoordigers van bewoners is een referentiekader ontwikkeld waarin het begrip ‘Verantwoorde Zorg’ vanuit bewonersperspectief is beschreven. Het referentiekader beschrijft de essentiële onderdelen van de zorg en de bijbehorende normen. Het referentiekader kan worden gebruikt voor toetsing en vernieuwing van de verpleeghuiszorg (NVBV, 1999).

Gedragregels en de modelregeling arts-patiënt

Omschrijving en doel

Gedragregels kunnen gezien worden als richtlijnen voor het handelen van de arts en richten zich in het bijzonder op de relatie tussen arts en patiënt. Door de KNMG zijn algemene gedragregels voor artsen opgesteld. Daarnaast bestaan er gedragregels die specifiek zijn toegesneden op bepaalde medische beroepsgroepen. Een voorbeeld van dergelijke gedragregels is de leidraad die is ontwikkeld voor de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij arbeidsverzuim. Aan de leidraad zijn communicatieformulieren en indicatiecriteria voor samenwerking toegevoegd (Anema e.a., 2001). Gedragregels zijn opgesteld door de beroepsgroepen. Leden van die beroepsgroepen worden geacht zich aan deze regels te houden (Van der Werf e.a., 2000). Naast de gedragregels hebben de KNMG en de NP/CF een modelregeling arts-patiënt opgesteld. In deze regeling staan de rechten van de patiënt in zijn relatie tot de arts centraal (Van der Werf e.a., 2000).

4.3.2 Meten

Registratie van de verleende zorg

Omschrijving en doel

Op het niveau van de beroepsbeoefenaar of de afdeling biedt uniforme registratie van de verleende zorg de mogelijkheid om de verleende zorg te toetsen aan een landelijk, regionaal of lokaal gemiddelde. Op niveau van de beroepsgroep kunnen uniforme gegevens worden gebruikt voor planning en onderzoek. Gegevens kunnen tevens worden gebruikt voor het landelijk beleid van de beroepsgroepen, zorgverzekeraars en overheid (Bennema-Broos e.a., 2000).

Gegevens op patiëntniveau worden ook binnen de instelling verzameld met behulp van verschillende systemen. Veelal worden de gegevens door het management gebruikt voor bijsturing van het beleid.

Gegevens van de beroepsbeoefenaren op patiënt-niveau kunnen worden verkregen via gestandaardiseerde verslaglegging. Steeds meer worden administratieve en medische gegevens vastgelegd in geautomatiseerde systemen. Medische gegevens worden bijvoorbeeld vastgelegd in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD), het Elektronisch Patiënten dossiers (EPD) of het Elektronisch Zorg Dossier (EZD). Via deze systemen worden gegevens over de zorg aan patiënten geregistreerd. Met behulp van dergelijke dossiers kunnen gegevens gestructureerd worden opgeslagen.

Gegevens van de beroepsbeoefenaren op regionaal of landelijk niveau kunnen verkregen worden via registratiesystemen die worden opgezet door de beroepsgroepen zelf of door de sector. Met behulp van dergelijke systemen kunnen gegevens over bijvoorbeeld verwijzingen, contacten, behandeling, medicijnvoorschriften en aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek worden geregistreerd alsmede gegevens over de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Dergelijke informatie kan in bewerkte vorm worden terug gegeven aan de beroepsbeoefenaren als spiegelinformatie (Bennema-Broos e.a., 2000).

Er bestaan sinds een aantal jaren landelijke registraties op specifieke aspecten van de zorg, zoals infecties of decubitus. De Orde van medisch specialisten heeft een Commissie Complicatieregistraties ingesteld om te komen tot concretisering van complicatieregistraties. Het uiteindelijke doel van complicatieregistratie is na te gaan of complicatiecijfers binnen acceptabele norm blijven en te onderzoeken hoe het aantal complicaties te verminderen valt (Kievit e.a., 1999).

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

Vrijwel alle huisartsen maken gebruik van geautomatiseerde systemen voor het vastleggen van patiëntgegevens. Vanuit de LHV en het NGH wordt gestreefd naar standaardisatie bij het vastleggen van gegevens en naar het bevorderen van de kwaliteit van de Huisarts Informatie Systemen (HIS) (Bennema-Broos e.a., 2000).

Een deel van de huisarts praktijken participeert in het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). In LINH worden op continue basis een groot aantal gegevens verzameld. Daarnaast worden op periodieke basis gegevens rond specifieke onderwerpen verzameld (bijvoorbeeld over het gebruik van standaarden of over preventieve gezondheidszorg) (Bennema-Broos e.a., 2000). Op regionaal niveau zijn enkele initiatieven te zien om een continue registratie van gegevens te realiseren, zoals het Meetpunt Kwaliteit dat de effecten van kwaliteitswerkplannen in kaart wil brengen (Meulepas, 2000).

Sinds vele jaren worden klinische gegevens van medisch specialisten verzameld die in bewerkte vorm aan de specialisten worden teruggegeven door de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG) (Bennema-Broos e.a., 2000). Door een enkele onafhankelijke wetenschappelijke vereniging is een landelijke database aangelegd. Een voorbeeld hiervan is de stichting NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) die een klinisch informatiesysteem heeft ontwikkeld waarin gegevens over karakteristieken van de patiëntenpopulatie en over uitkomsten van het behandelproces zijn opgenomen (De Keizer e.a., 1999).

Medisch specialisten onderzoeken de mogelijkheden van een goed werkend landelijk of regionaal compatible systeem voor elektronische patiëntendossiers (Van der Ham & Nieuwenhuizen, 2001).

Toepassing in de praktijk

Vrijwel alle huisartsen maken gebruik van het administratieve gedeelte van een Huisartsen Informatie Systeem (HIS). In 2000 werd het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) slechts beperkt gebruikt. Door middel van een regionaal project met

ondersteuning, cursussen en financiële prikkels werd met succes bereikt dat tenminste 80% van de huisartsen een juist gebruik maakte van het EMD (Van der Ree e.a., 2000). Van de medisch specialisten maakte in 2001 slechts 9% gebruik van een elektronisch medisch dossier (Van de Wel & Woerdman, 2001).

Uit een onderzoek in 1999 onder 3 medische afdelingen (orthopedie, intensive care en radiologie) uit 3 academische ziekenhuizen, bleek dat op alle afdelingen gegevens werden verzameld over kosten, complicaties en doorlooptijden. Het meten van deze resultaten bleek echter niet automatisch te leiden tot het uitvoeren van verbeteringen. Als belangrijke reden voor het uitblijven van verbeteringen werd aangegeven dat men geen mogelijkheden zag om de situatie te beïnvloeden. Op een aantal afdelingen werd de informatie wel teruggekoppeld. Een belangrijke succesfactor voor terugkoppeling bleek de aanwezigheid van tenminste één enthousiast teamlid te zijn die ondersteund werd door het management (Verhoeven, 1999).

In 2000 meldde 58% van de ziekenhuizen en 48% van de verpleeghuizen een management informatie systeem te gebruiken Slechts door een beperkt gedeelte van hen (17% van de ziekenhuizen en 11% van de verpleeghuizen) werden de gegevens systematisch voor bijsturing gebruikt (Sluijs & Wagner, 2000b).

Ontwikkelingen

Behalve door de beroepsgroep of de sector kan ook spiegelinformatie worden verzorgd derden, zoals door zorgverzekeraars en vanuit apotheken. Het betreft bijvoorbeeld informatie over het aantal consulten, de behandeling en de voorgeschreven medicijnen (Ankone, 2000).

4.3.3 Toetsen en verbeteren

Intercollegiale toetsing

Omschrijving en doel

Intercollegiale toetsing is een vorm van interne toetsing door beroepsbeoefenaars waarbij collega's elkaars handelen beoordelen aan de hand van objectieve of door henzelf opgestelde criteria. Het doel van de toetsing is de hulpverlening meer in overeenstemming te brengen met de gestelde criteria. De toetsing heeft betrekking op het zorginhoudelijk handelen van een groep hulpverleners (Bennema-Broos e.a., 2000).

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

Intercollegiale toetsing is voor huisartsen en sociaal geneeskundigen een voorwaarde voor herregistratie. Voor huisartsen geldt een vrij ruime definitie, namelijk dat men tenminste 6 keer per jaar bijeenkomt, dat er verslagen worden gemaakt van de toetsingsbijeenkomst en dat de groep wordt begeleid door een huisarts-begeleider. De samenstelling van de toetsingsgroep varieert. Sommige huisartsen toetsen in de eigen huisartsengroep, anderen in een afzonderlijke toetsingsgroep (Bennema-Broos e.a., 2000).

Sociaal-geneeskundigen gebruiken verschillende modellen voor intercollegiale toetsing aangezien de sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen de vormgeving zelf mogen regelen. Daarnaast vinden binnen de instellingen waar sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn vormen van deels niet-geformaliseerde toetsing plaats (Bennema-Broos e.a., 2000; Van der Werf e.a., 1999). Veel bedrijfsartsen gebruiken een systeem van intercollegiale toetsing dat door de LVSG is ontwikkeld (Visch, 1994).

Bij verpleeghuisartsen kan onderlinge toetsing geaccrediteerd worden wanneer aan een aantal eisen is voldaan. Toetsingsgroepen moeten tenminste 8 keer per jaar gedurende 2 uur bijeen komen. Er moet gewerkt worden volgens vastgestelde methodieken aan onderwerpen die tot het takenpakket van de verpleeghuisarts behoren en er moeten verslagen van de bijeenkomsten worden gemaakt (NVVA, 2001). Toetsingsgroepen bestaan uit teams van verpleeghuisartsen van enkele verpleeghuizen of zijn regionaal samengesteld. In de regionale groepen werken de verpleeghuisartsen nagenoeg allemaal in verschillende verpleeghuizen (Severijns, 1999).

Intercollegiale toetsing onder medisch specialisten vindt plaats op vrijwillige basis maar wordt gezien als een morele verplichting binnen de professie. Intercollegiale toetsing vindt plaats binnen het organisatorisch verband van de medische staf in een ziekenhuis. De belangrijkste kenmerken zijn een probleem-georiënteerde aanpak, een cyclisch proces met een continu karakter (Bennema-Broos e.a., 2000). Daarnaast heeft elk ziekenhuis een eigen toetsingscommissie waarin medisch specialisten participeren (Bennema-Broos e.a., 2000).

Een multidisciplinaire vorm van intercollegiale toetsing is het Farmaco Therapie Overleg (FTO). Dit is een gestructureerd overleg van huisartsen en apothekers met als doel het uitwisselen van informatie, reflecteren op het voorschrijfgedrag, het maken en toetsen van afspraken en opstellen van vrijblijvende adviezen (van Dijk e.a., 2001). Het FTO is in een aantal regio's verbreed tot een FTTO (Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg) waarbij behalve huisartsen en apotheken, ook medisch specialisten en ziekenhuisapotheken deelnemen. Het FTTO is primair bedoeld om het voorschrijfgedrag te verbeteren en de kostenstijging af te remmen (Ankone, 2000).

Toepassing in de praktijk

Deelname aan intercollegiale toetsing is voor huisartsen en sociaal geneeskundigen een verplichte eis voor herregistratie (Bennema-Broos e.a., 2000).

Uit onderzoek naar intercollegiale toetsing bij huisartsen blijkt dat intercollegiale toetsing slechts beperkt leidt tot concrete afspraken die ook daadwerkelijk getoetst worden (Bennema-Broos e.a., 2000).

In 1999 functioneerden ongeveer 800 FTO-groepen en vrijwel alle huisartsen en openbare apothekers participeerden in een van deze groepen. Uit onderzoek onder deze groepen bleek dat men veel gebruik maakte van traditionele werkvormen, zoals de casus, de voordracht en het bespreken van de NHG-standaarden (Van Dijk e.a., 2001). De kans dat huisartsen en apothekers bij het FTO kwamen tot het maken en toetsen van afspraken was groter wanneer de sfeer goed was, en er een vaste voorzitter was (van Dijk e.a., 2001).

Van de verpleeghuisartsen had in 1999 ongeveer 90% van de geregistreerde verpleeghuisartsen zich aangesloten bij een toetsingsgroep. Uit de inventarisatie in 1998 onder de toetsingsgroepen van verpleeghuisartsen, bleek dat zij met name medische onderwerpen toetsten. Onderlinge toetsing werd door verschillende groepen als teleurstellend ervaren. De teleurstelling had voor een belangrijk deel te maken met de manier waarop de methode werd toegepast. Men koos vaak een te breed onderwerp, formuleerde geen duidelijke doelstelling en / of criteria of kwam niet toe aan registreren. Bij 60% van behandelde onderwerpen werden afspraken gemaakt en bij 41% van de toetsen werden de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk getoetst (Severijns, 1999).

Visitatie

Omschrijving en doel

Bij visitatie wordt de kwaliteit van de organisatie en / of het handelen van de beroepsbeoefenaren beoordeeld door externe visiteurs. Visitatie is een educatief instrument. Tijdens de visitatie worden de omstandigheden waaronder en de wijze waarop zorg wordt verleend, beoordeeld. De visitatie geschiedt aan de hand van een onderzoeksplan en vooraf opgestelde kwaliteitscriteria. Het doel van de visitatie is het geven van feedback waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Dit moet uiteindelijk leiden tot een verbetering van de verleende zorg. De beoordeling vindt plaats door een visitatieteam, bestaande uit meerdere deskundigen uit de sector.

Bij interne visitatie bestaat het visitatieteam uit beroepsbeoefenaren van een andere afdeling of dienst van dezelfde instelling. Bij externe toetsing bestaat het team uit beroepsbeoefenaren van een andere instelling.

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

Visitatie geschiedt in het algemeen op vrijwillige basis. Alleen bij medisch specialisten is visitatie voor de opleidingspraktijken verplicht en zijn er sancties ten aanzien van de opleidingsbevoegdheid aan de visitaties verbonden (men kan de opleidingsbevoegdheid verliezen). Een aantal wetenschappelijke verenigingen heeft ook de visitatie van niet-opleidingspraktijken verplicht gesteld. Er wordt gestreefd naar afstemming tussen de visitaties van opleidings- en niet-opleidingspraktijken (Bennema-Broos e.a., 2000).

Er bestaan verschillende vormen van visitatie waarbij het accent ligt op het beroepsinhoudelijke handelen of op de organisatie van de zorg. We bespreken drie voorbeelden.

Bij de visitatie van de medisch specialisten door de wetenschappelijke verenigingen wordt het medisch-inhoudelijk handelen van de specialisten beoordeeld. De beoordeling vindt plaats door een visitatieteam, bestaande uit deskundigen uit de sector zonder banden met de te visiteren instelling of beroepsbeoefenaren. Voorafgaand aan de visitatie vullen de gevisiteerden een vragenlijst in. Vervolgens bezoekt het visitatieteam de betrokken afdelingen en worden gesprekken gevoerd met betrokkenen en derden, waaronder een gesprek met de Raad van Bestuur/directie en met externen (bijvoorbeeld huisartsen). Naar aanleiding van het bezoek maakt het visitatieteam een visitatierapport voor de medisch specialisten waarin de bevindingen worden beschreven en waarin aanbevelingen voor

verbeteringen worden opgenomen (Van der Weide e.a., 2000a). Bij een aantal wetenschappelijke verenigingen is het project 'kwaliteitsconsultatie' van start gegaan. Dit houdt in dat de gevisiteerden gedurende 2 jaar professionele ondersteuning krijgen bij de invoering van de adviezen (Bennema-Broos e.a., 2000).

Bij huisartsen wordt de kwaliteit van de praktijkorganisatie getoetst met het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP). De VIP is een methode waarmee huisartsen hun eigen praktijkvoering kunnen toetsen aan een referentiepopulatie van huisartsen die reeds eerder de VIP hebben toegepast. De feedback wordt gevormd door gegevens over 240 indicatoren gegroepeerd in 40 hoofdaspecten. Deze betreffen onder meer de uitrusting van de praktijk, taakdelegatie en samenwerking, dienstverlening en organisatie, verslaglegging, kwaliteitsbevordering en time-management.

De huisarts en assistente(n) vullen een vragenlijst in en er wordt een enquête gehouden onder 30 patiënten. Vervolgens vindt er een praktijkobservatie en een gesprek met de huisarts plaats door een, door de DHV opgeleide, visitator. De feedback bestaat uit een praktijkrapportage, bestemd voor alle praktijkmedewerkers, en een individueel huisartsrapport dat de huisarts persoonlijke feedback geeft. Het rapport wordt voorzien van referentiewaarden en nuttige tips (van den Hombergh, 1999).

De kwaliteit van de organisatie van ziekenhuizen of van een ziekenhuisafdeling kan worden beoordeeld door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Dergelijke visitaties vinden plaats op vrijwillige basis op initiatief van het ziekenhuis. Bij de visitatie wordt beoordeeld in welke mate de ziekenhuisorganisatie voldoet aan de normen die door het NIAZ zijn opgesteld en die een uitwerking zijn van de eerder ontwikkelde PACE-normen (Proefproject Accreditatie van Ziekenhuizen). Bij de NIAZ-normen ligt de nadruk op het vermogen van de organisatie om te verbeteren en verbeteringen te borgen (Swinkels, 2001). De beoordeling vindt plaats door een visitatieteam bestaande uit 6 speciaal opgeleide auditoren.

Voorafgaand aan het bezoek vullen de ziekenhuizen een open vragenlijst in, waarin zij beschrijven hoe zij invulling hebben gegeven aan de NIAZ/PACE-normen. Zij kunnen dit onderbouwen en illustreren met behulp van documentatie. Vervolgens bezoekt het team een aantal willekeurige afdelingen (25% van het totaal) en worden gesprekken gevoerd met betrokkenen en derden. De bevindingen worden beschreven in een accreditatierapport, bestemd voor de Directie / Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Aan de hand van het advies van de visitatiecommissie wordt besloten om al dan niet een accreditatiebewijs te verlenen (Van der Weide e.a., 2000a).

Toepassing in de praktijk

Uit een onderzoek onder huisartsen, bleek dat huisartsen de feedback van de visitaties met de VIP uitstekend vonden, maar dat het verbinden van consequenties aan de feedback niet vanzelfsprekend was. Uit dit onderzoek werd geconcludeerd dat meer continue en persoonlijke begeleiding bij het bewerkstelligen van veranderingen gewenst is (Van den Hombergh, 1999). Ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen blijken visitatiegegevens niet per definitie tot verbeteringen of bijsturing te leiden. In 2000 gaf 54% van de ziekenhuizen aan deel te nemen aan visitaties. Ongeveer de helft van deze ziekenhuizen (26% van het totaal) gaf aan dat de gegevens systematisch voor bijsturing c.q. verbetering

werden gebruikt. Onder de verpleeghuizen gaf 13% aan deel te nemen aan visitaties en werden de gegevens bij 3% van de verpleeghuizen systematisch voor bijsturing gebruikt (Sluijs & Wagner, 2000b).

Doorbraakseries

Omschrijving en doel

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO begeleidt sinds enkele jaren de zogenoemde doorbraakprojecten. Deze projecten zijn gericht op het herstructureren van zorgprocessen om op die wijze substantiële verbeteringen te realiseren. In een doorbraakproject vormen teams uit diverse instellingen een tijdelijk samenwerkingsverband om gezamenlijk te werken aan verbeteringen op een specifiek terrein. De teams worden begeleid door zorgverleners die hebben bewezen dat op dat terrein dergelijke verbeteringen mogelijk zijn (best practice). Deze experts stellen hun ervaringen ter beschikking van de deelnemende teams, die succesvol gebleken interventies in de eigen situatie invoeren en uittesten. De teams komen vier maal bij elkaar op werkconferenties. In de tussenliggende periode worden zij ondersteund door veldexperts en medewerkers van het CBO-. Daarnaast leren de teams ook van elkaar door onderlinge uitwisseling van ervaringen.

Er wordt gebruik gemaakt van een verbetermodel gericht op het snel invoeren en testen van veranderingen. Verbeteringen worden direct uitgetest en bij gebleken succes kunnen ze breed ingevoerd worden. Hierdoor zijn snel resultaten zichtbaar, hetgeen de motivatie van de betrokkenen verhoogt (Den Hartog, 1999; Den Hartog e.a., 2001).

4.3.4 Borgen

Herregistratie

Omschrijving en doel

Registratie maakt duidelijk dat de beroepsbeoefenaar deskundig is op zijn vakgebied en bevoegd is het beroep uit te oefenen. Alle artsen die de beroepsopleiding hebben voltooid en voldoende werkzaam zijn geweest als arts, worden opgenomen in het beroepsregister. Registratie is voorwaarde voor het uitoefenen van het beroep. Registratie is een beperkte periode (5 jaar) geldig. Na die periode moet men zich opnieuw laten registreren. Aan herregistratie worden kwantitatieve eisen en bij enkele beroepen worden ook kwalitatieve eisen gesteld.

Kwantitatieve eisen hebben betrekking op een minimum aan aantal uren beroepsuitoefening per week. Kwalitatieve eisen omvatten deelname aan een minimum aantal uren geaccrediteerde bij- en nascholing en aan intercollegiale toetsing of visitatie (Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000).

Herregistratie biedt waarborgen voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening op langere termijn. Wanneer aan herregistratie kwalitatieve eisen worden gesteld, moet men doorgaans verschillende kwaliteitsinstrumenten van de beroepsgroep toepassen. (Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000).

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

Voor alle medische beroepen gelden kwantitatieve eisen voor herregistratie. Bij een aantal beroepen worden aanvullend kwalitatieve eisen gesteld bij de herregistratie, bijvoorbeeld bij huisartsen, sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen. Men moet deelnemen aan geaccrediteerde bij- en nascholing en intercollegiale toetsing. Voor sociaal geneeskundigen is (her)registratie niet voor alle functies vereist. Wel kunnen werkgevers aanvullende eisen stellen (Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000). De herregistratieregeling voor verpleeghuisartsen is per 1 maart 2002 ingegaan. Verpleeghuisartsen moeten daartoe deelnemen aan tenminste 40 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering per jaar. Deskundigheidsbevordering mag zowel individueel als in groepsverband plaats vinden (NVVA, 1998b; nva.artsennet.nl, 2002). Bij medisch specialisten wordt overwogen herregistratie te baseren op geaccrediteerde bij- en nascholing en visitatie (Legemaate, 1998; Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000).

Ontwikkelingen

In de toekomst wordt bij herregistratie wellicht ook de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf beoordeeld, omdat een aantal uren deskundigheidsbevordering alleen weinig zegt over de kwaliteit van het handelen van die beroepsbeoefenaren. Binnen de verschillende medische beroepsgroepen worden discussies gevoerd over het omzetten van de kwalitatieve eisen in toetsbare criteria en over de vraag door wie en op welke manier de criteria getoetst mogen en kunnen worden.

Accreditatie van deskundigheidsbevordering en bij- en nascholing

Omschrijving en doel

Het doel van deskundigheidsbevordering is het bijhouden en aanleren van (nieuwe) theoretische kennis en (nieuwe) praktische vaardigheden door de individuele beroepsbeoefenaar. Het betreft kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor de feitelijke beroepsuitoefening of voor de vervulling van aanverwante functies. Deskundigheidsbevordering kan op diverse manieren plaatsvinden, bijvoorbeeld via bij- en nascholing, schriftelijke deskundigheidsbevordering, individuele instructie of werkbegeleiding, intervisie en supervisie et cetera. Om de kwaliteit van de aangeboden deskundigheidsprogramma's te waarborgen kunnen de programma's een keurmerk verwerven, de accreditatie. Alle aangeboden cursussen worden daartoe door de betreffende koepelorganisatie beoordeeld aan de hand van kwaliteitscriteria. Deze beoordeling mondt uit in het al of niet erkennen of accrediteren van de cursus.

Verschillen tussen de medische beroepsgroepen

In alle medische beroepsgroepen, met uitzondering van een aantal medische specialistenverenigingen, worden accreditaties aan deskundigheidsbevordering verleend.

Toepassing in de praktijk

Met uitzondering van medisch specialisten moeten alle medische beroepsgroepen tenminste 40 uur per jaar geaccrediteerde deskundigheidsbevordering hebben gevolgd om in aanmerking te komen voor herregistratie. Hoewel deelname aan deskundigheidsbevordering voor medisch specialisten formeel niet verplicht is, besteden

zij van oudsher veel tijd aan bij- en nascholing (Van der Werf e.a., 2000; Bennema-Broos e.a., 2000; www.KNMG.nl, 2002).

Ontwikkelingen

In toenemende mate worden er gezamenlijke bij- en nascholingsactiviteiten voor verschillende beroepsgroepen georganiseerd, bijvoorbeeld rondom palliatieve zorg (Bruntink, 2000) of rondom de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen (Bruinink & Van Wijk, 2000). Daarnaast is er niet meer alleen aandacht voor kennisoverdracht maar heeft men ook steeds meer aandacht voor de professionele ontwikkeling van de beroepsbeoefenaren. Dit uit zich in de toenemende aandacht die in deskundigheidsbevordering wordt besteed aan het verbeteren van vaardigheden, communicatie en attitude (Benecke, 2000).

Ook in de methodiek van bij- en nascholing zijn nieuwe ontwikkelingen te bespeuren. Zo worden er door de koepelorganisatie van de huisartsen individuele programma's ontwikkeld die toegespitst zijn op de individuele leerstijl. Ook wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van een integraal toetsenpakket waarmee kennis, vaardigheden, attitude en praktijkvoering van de huisarts getoetst kan worden. Op die manier kunnen sterke en zwakke kanten van de huisarts worden vastgesteld zodat selectie van nascholing hierop kan worden gebaseerd (Bennema-Broos e.a., 2000).

Keurmerk in de vorm van accreditatie of certificering

Omschrijving en doel:

In verschillende sectoren hebben instellingen de mogelijkheid een kwaliteitskeurmerk te verwerven, dat specifiek is toegesneden op de gezondheidszorg. De twee bekendste keurmerken zijn de NIAZ-accreditatie voor ziekenhuizen en de HKZ-certificering in andere zorgsectoren. De NIAZ-accreditatie wordt uitgevoerd door het NIAZ (Nederlands instituut voor accreditatie van ziekenhuizen). Bij een dergelijke accreditatie kunnen ziekenhuisafdelingen of het gehele ziekenhuis aan normen worden getoetst. Bij de accreditatie van afdelingen wordt gebruik gemaakt van de PACE-normen (normen die zijn opgesteld in het kader van het Proefproject Accreditatie van ziekenhuizen). Dergelijke normen zijn opgesteld voor 34 afdelingen of diensten. Voor accreditatie van het ziekenhuis als geheel zijn speciale NIAZ-normen opgesteld (Van der Weide e.a., 2000a; www.NIAZ.nl).

In een aantal andere sectoren vindt certificering plaats aan de hand van HKZ-normen (HKZ= (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). HKZ-certificering vindt plaats door erkende certificerende instanties op basis van door de Stichting HKZ opgestelde certificatieschema's . Bij het opstellen van de normen in de HKZ-certificatieschema's worden alle partijen betrokken inclusief patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, ketenpartners et cetera. De HKZ-normen zijn ISO-compatible (ISO = international organizations for Standardization). Men verwerft dan ook een HKZ/ISO-certificaat.

Inmiddels zijn voor 17 sectoren HKZ-certificatieschema's gereed, waaronder schema's voor thuiszorginstellingen, gezondheidscentra, verzorgingshuizen, ambulancezorg, gehandicaptenzorg et cetera. Daarnaast zijn 7 schema's in ontwikkeling (www.HKZ.nl).

Voor bedrijfsgeneeskunde is certificering verplicht. Certificering van ARBO-diensten geschiedt op basis van een richtlijnenboek ontwikkeld door de Stichting Kwaliteit Bedrijfsgeneeskunde (Bennema-Broos e.a., 2000).

Dergelijke kwaliteitskeurmerken zijn bedoeld om aan de buitenwereld te laten zien dat de instelling aan de geldende normen voldoet (Van der Weide e.a., 2000b).

Elke sector beschikt daarnaast over een eigen model-kwaliteitssysteem. Daarin staan de eisen die aan het kwaliteitssysteem in de sector worden gesteld. Voorbeelden zijn het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (MKG) en het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen) (Van Wersch e.a., 1999). Aan de hand van het model kwaliteitssysteem kan elke instelling het eigen kwaliteitssysteem vorm geven.

Toepassing in de praktijk

Bij het verschijnen van dit rapport zijn 10 ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen door het NIAZ geaccrediteerd. De namen van de geaccrediteerde ziekenhuizen worden gepubliceerd op de NIAZ-website (www.NIAZ.nl). Begin 2003 zijn in totaal 308 HKZ/ISO-certificaten uitgegeven, waarvan 166 aan Apotheken, 81 in de Kinderopvang, 22 in de Thuiszorg, 15 in de Ambulancezorg, 8 in Verzorgingshuizen, 7 voor Dialysecentra en 9 in overige instellingen. De namen van de gecertificeerde instellingen worden gepubliceerd op de website van de Stichting HKZ (www.hkz.nl).

Ontwikkelingen

In toenemende mate werken NIAZ en HKZ samen bij het opstellen van normen, zoals recent is gebeurd bij het certificatieschema voor de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). Het NIAZ is voornemens een nauwe samenwerking aan te gaan met het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK).

In een recent schrijven van de staatssecretaris van VWS wordt gesteld dat de invoering van kwaliteitssystemen te traag verloopt en worden plannen aangekondigd voor een betere naleving van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Ministerie VWS, 2002). De staatssecretaris merkt op dat op verschillende niveaus betere borging van kwaliteit moet plaatsvinden, binnen instellingen zelf, door middel van geborgde kwaliteitssystemen en via onafhankelijke certificatie en accreditatie van instellingen. "Hier kan goed worden aangesloten op hetgeen hiertoe door de stichting HKZ en het NIAZ is ontwikkeld"(Ministerie van VWS, 2002).

5 Ontwikkelingen in de zorg

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij beschreven. Vervolgens worden de consequenties van die ontwikkelingen voor de beroepsbeoefenaren omschreven, alsmede de gevolgen voor de kwaliteitsinstrumenten die zij in de toekomst zullen gebruiken. Tot slot worden nieuwe instrumenten die ontwikkeld worden omschreven.

5.2 Van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg

Sinds begin jaren 90 wordt getracht een omslag te maken van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. Het streven is erop gericht dat de zorg meer uitgaat van het perspectief en de hulpvraag van de patiënt / consument en minder vanuit het bestaande aanbod. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) omschrijft vraaggerichte zorg als 'een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden' (RVZ, 1988). Een meer vraaggericht aanbod leidt tot betere zorg voor de patiënt die meer tegemoet komt aan de behoeften van de patiënt, en draagt tevens bij aan de vergroting van de doelmatigheid van de zorg (Spreeuwenberg e.a., 1998; VWS, 2000a; RVZ, 2001).

Vraaggerichte zorg kenmerkt zich onder meer doordat de zorg een continu en afgestemd karakter heeft, ook wanneer de zorg afkomstig is van verschillende zorgaanbieders. Om dit te bewerkstelligen worden in toenemende mate zorgprogramma's ontwikkeld voor specifieke diagnose categorieën (diabetes, COPD, CVA, kanker, hart- en vaatziekten, rugpijn et cetera). Een zorgprogramma is een samenhangend zorgpakket, waarin de zorg door alle betrokken disciplines en instanties (van huisarts, medisch specialist, thuiszorg et cetera) gestroomlijnd is. De vraag en belangen van de cliënt dienen als uitgangspunt voor de organisatie van het zorgproces. Zorgprogramma's gaan dwars door bestaande (organisatie)structuren heen. Een zorgprogramma bestaat uit een aaneenschakeling van de zorg die de betrokken disciplines en instanties verlenen, de keten. De kwaliteit van deze keten moet in zijn geheel worden bewaakt (ketenkwaliteit). Er wordt wel gezegd dat de kwaliteit van de keten wordt bepaald door de zwakste schakel.

Om de zorg op die manier te organiseren moeten bestaande scheidingen tussen echelons en organisaties verdwijnen. Daarnaast moeten betrokken beroepsgroepen en instellingen een aantal voorwaarden realiseren: 1) overeenstemming bereiken over het

zorginhoudelijk beleid; 2) formaliseren van samenwerking en afspraken maken over taken en verantwoordelijkheden; 3) zorgen voor zorginhoudelijke en procesmatige coördinatie; 4) zorgen voor adequate informatie-uitwisseling en uniforme registratie van gegevens; 5) inzicht geven in de resultaten van het gehele zorgprogramma.

5.3 Algemene maatschappelijke ontwikkelingen

Behalve de bovengenoemde ontwikkeling in de organisatie van de gezondheidszorg, spelen er maatschappelijke ontwikkelingen die hun invloed hebben op de zorg (RVZ, 2000; VWS, 2000a). We willen enkele ontwikkelingen binnen de diverse betrokkenen (zorgvragers, zorgaanbieders en financiers) uitlichten die gevolgen kunnen hebben voor kwaliteitszorg van de beroepsgroepen.

Zorgvragers: Patiënten

De belangrijkste ontwikkeling aan de kant van patiënten is de nog steeds toenemende emancipatie van patiënten. Patiënten zijn steeds hoger opgeleid en steeds beter geïnformeerd, zowel over de medische mogelijkheden (onder andere via internet) als over hun rechten op zorg. Deze mondige patiënten zullen kritischer dan voorheen tegen de zorgverlening aankijken. Patiënten zullen keuzevrijheid willen hebben ten aanzien van de te ontvangen zorg en hebben daarom behoefte aan informatie over de keuzemogelijkheden (transparantie). In de toekomst zullen veel patiënten over hun eigen persoonsgebonden budget (PGB) beschikken en waarschijnlijk ook over hun eigen elektronisch dossier.

Zorgaanbieders: Ontwikkelingen binnen de beroepen

De belangrijkste vakinhoudelijke ontwikkeling binnen de beroepsgroepen is misschien wel de explosieve toename aan medisch wetenschappelijke kennis en een enorme ontwikkeling binnen de informatietechnologie. De toename aan medische kennis leidt tot een toenemende specialisatie binnen de beroepsgroepen. Specialisatie speelt niet alleen binnen de medische beroepsgroepen, ook bij fysiotherapeuten en verpleegkundigen is deze trend te zien. De toenemende medische kennis roept wel de vraag op hoe kan worden gewaarborgd dat beschikbare kennis in de praktijk ook daadwerkelijk wordt toegepast. Het implementatieprobleem heeft alom de aandacht. Tot slot stellen de toenemende medische mogelijkheden de beroepsbeoefenaren voor ethische vragen: moet alles wat mogelijk is?

Van een heel andere aard is de beschikbaarheid van medische zorg die in gevaar dreigt te komen. Het feit dat er een tekort aan diverse beroepsbeoefenaren wordt verwacht (door te lage instroom in het beroep en versterkt door de toenemende tendens naar parttime werken) zal waarschijnlijk leiden tot taakverschuivingen tussen beroepsgroepen. Recent heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg een advies 'Taakherschikkingen in de gezondheidszorg' uitgebracht (RVZ, 2002). Een serieus punt van aandacht is daarbij de (nieuwe) verdeling van verantwoordelijkheden.

Financiers: Zorgverzekeraars

De verwachting is dat zorgverzekeraars meer dan voorheen een regiefunctie in de regio zullen gaan vervullen. De gedachte is dat zij ook meer dan voorheen zorgaanbieders op

prijs en kwaliteit zullen contracteren. Vanuit het Ministerie van VWS is recent nog eens herhaald dat zorgverzekeraars bij inkoop van zorg nadrukkelijk kwaliteitseisen dienen te stellen; het College van Toezicht Zorgverzekeringen zal daarop toezien (Ministerie VWS, 2002). Dit zal ook de concurrentie tussen zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit stimuleren. De concurrentie wordt mogelijk nog versterkt doordat ook commerciële instellingen zich op het terrein van de zorg gaan begeven en door zorgverzekeraars kunnen worden gecontracteerd.

In de toekomst zullen zorgverzekeraars wellicht zorgprogramma's gaan contracteren in plaats van individuele hulpverleners of instellingen.

5.4 Consequenties voor de beroepsbeoefenaren

De hier geschetste ontwikkelingen zullen in ieder geval leiden tot diverse vormen van samenwerking tussen beroepsbeoefenaren (VWS, 2000c; RVZ, 2000).

Door een toename aan deeltijdwerken zal er binnen de disciplines steeds meer worden samengewerkt in monodisciplinaire netwerken of bijvoorbeeld groepspraktijken. Binnen dergelijke netwerken moeten duidelijk afspraken gemaakt worden over verantwoordelijkheid en informatieoverdracht.

Onder invloed van de zorgprogramma's zullen beroepsbeoefenaren bovendien steeds meer in multidisciplinaire netwerken functioneren. Binnen multidisciplinaire netwerken spelen afspraken over taakverdeling tussen de verschillende disciplines en instellingen een belangrijke rol.

Tot slot zullen beroepsbeoefenaren in toenemende mate functioneren in *verschillende* netwerken doordat het werkterrein van de beroepsbeoefenaren wordt gekoppeld aan het traject dat een patiënt doorloopt. Daar komt bij dat patiënten eerder uit een intramurale instelling naar de semi- of extramurale zorg worden overgeplaatst. Dit betekent dat de beroepsbeoefenaar niet alleen functioneert binnen de instelling waarin hij of zij werkzaam is, maar dat het werkterrein afhankelijk is van het traject dat de patiënt doorloopt. De beroepsbeoefenaar heeft daardoor te maken met de verschillende netwerken waarin de patiënt zich begeeft. De beroepsbeoefenaar kan in die verschillende netwerken ook te maken krijgen met verschillende rollen of taken in het netwerk. Een fysiotherapeut uit de 2^e lijn kan taken uit de 1^e lijn op zich neemt en andersom.

De medisch specialist zal behalve bij de intramurale zorg, ook meer worden betrokken bij het vervolgetraject van de patiënt. De verpleegkundige kan functioneren als schakel binnen de keten tussen de diverse instellingen en disciplines.

De toenemende samenwerking vereist goede communicatieve vaardigheden van beroepsbeoefenaren om te kunnen expliciteren welke taken eenieder in het zorgnetwerk vervult en om te komen tot goede onderlinge afstemming van taken.

Ook op een ander gebied zullen goede communicatieve vaardigheden nodig zijn omdat beroepsbeoefenaren meer dan voorheen in de rol van onderhandelaar terecht zullen komen. Enerzijds omdat beroepsbeoefenaren in toenemende mate te maken krijgen met goed geïnformeerde en mondige patiënten, die eisen kunnen stellen aan de (aard van de)

behandelingen die niet stroken met de (evidence based) richtlijnen van de beroepsgroep zelf. In die gevallen zal via uitleg en misschien wel onderhandeling tot een oplossing moet worden gekomen. Anderzijds zullen beroepsbeoefenaren ook met zorgverzekeraars moeten onderhandelen over contracten en financiering van diverse kwaliteitsactiviteiten. In zijn algemeenheid zullen toekomstige beroepsbeoefenaren veel vaardigheden op het gebied van samenwerking en communicatie nodig hebben.

5.5 Ontwikkelingen ten aanzien van kwaliteitszorg

Mede onder invloed van de bovengenoemde ontwikkelingen en door voortschrijdend inzicht zullen ook accentverschuivingen in kwaliteitszorg optreden (RVZ, 2000; VWS, 2000a; VWS, 2000b; VWS, 2000c). Hierna worden enkele ontwikkelingen kort geschetst.

Van procesgericht naar resultaatgericht

De verschuiving van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg weerspiegelt zich ook in veranderingen in de focus van kwaliteitszorg. De kwaliteit van de zorg wordt niet meer in eerste instantie afgelezen aan de kwaliteit van de organisatie maar ook aan de resultaten van de zorg voor de patiënt (resultaatgerichtheid).

Dit betekent dat de kwaliteitskringloop zich steeds meer gaat richten op de uitkomsten van zorg op patiëntniveau, en minder op de procesmatige kanten van de beroepsuitoefening of de organisatorische aspecten van de instelling. Dit betekent dat ook de resultaten van de kwaliteitszorg steeds meer afgelezen gaan worden aan de resultaten van de zorg die de patiënt ontvangt. Deze ontwikkeling is terug te zien in de toenemende aandacht voor uitkomstindicatoren (zie volgende paragraaf). In de kwaliteitsinstrumenten zal een accentverschuiving naar resultaatgerichtheid optreden. Bij visitaties zal bijvoorbeeld meer worden gelet op verbeteringen in de patiëntenzorg en niet meer uitsluitend op procedurele en organisatorische zaken.

Van monodisciplinair naar multidisciplinair

Onder invloed van de zorgprogramma's en de ketenkwaliteit zullen bestaande kwaliteitsinstrumenten van de verschillende beroepsgroepen en instellingen meer op elkaar worden afgestemd en zullen multidisciplinaire kwaliteitsinstrumenten ontstaan die gebruikt kunnen worden om (gehele) zorgprogramma's te monitoren en te verbeteren. Deze ontwikkeling is al terug te vinden in de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. De verwachting is dat in de toekomst veel richtlijnen een gezamenlijk multidisciplinair deel zullen bevatten waarin de samenwerking en coördinatie van de zorg is geregeld met daarnaast een of meerdere beroepsspecifieke delen van de betrokken disciplines. Daarnaast zullen in de toekomst multidisciplinaire registratiesystemen moeten worden opgezet. Steeds meer kwaliteitsprojecten zullen multidisciplinair worden aangepakt, zoals nu bijvoorbeeld al is te zien in de Doorbraakprojecten van het CBO (www.CBO.nl).

Van intern (organisatie) naar extern (patiënt/consument en financiers)

Externe partijen worden in toenemende mate betrokken bij kwaliteitszorg. Enerzijds is dat te zien in de betrokkenheid van patiënten en zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van

de kwaliteitsinstrumenten. Zoals bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria, (tripartiete) richtlijnen en certificatie-eisen. Anderzijds zal de kwaliteit van de zorg steeds meer worden afgelezen aan de oordelen van patiënten of de toetsingen door externe partijen. Er is een toenemende aandacht voor meningspeilingen onder patiënten en voor externe beoordelingen, al dan niet in het kader van accreditatie en certificering. De door externe partijen gedane aanbevelingen zullen de zorgaanbieder tot kwaliteitsverbetering stimuleren.

Van vrijblijvend naar noodzaak

De centrale positie van de zorgvrager in de gezondheidszorg wordt versterkt door diverse wetten, zoals de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Beide wetten hebben tot doel de rechten van de zorgvrager te beschermen en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen. Beide wetten versterken de noodzaak om als zorgverlener te kunnen verantwoorden welke stappen in de zorgverlening zijn gezet.

De toenemende mogelijkheden van de ICT zullen ertoe leiden dat steeds meer gegevens op continue en systematische wijze kunnen worden geregistreerd waardoor meer inzicht in de kwaliteit van zorg zal ontstaan, zowel voor de zorgaanbieder zelf als voor externe partijen. Dat zal bijdragen aan de transparantie van de kwaliteit van zorg, waarvan de noodzaak recent nog eens door het Ministerie van VWS en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is benadrukt (Ministerie VWS, 2002; IGZ, 2002).

5.6 Nieuwe kwaliteitsinstrumenten

De hier geschetste ontwikkelingen zullen wellicht leiden tot accentverschuivingen in bestaande kwaliteitsinstrumenten. Daarnaast zal veel aandacht uitgaan naar het gebruik van relatief nieuwe kwaliteitsinstrumenten, namelijk de ontwikkeling van indicatoren waarmee de kwaliteit van zorg ‘gemeten’ kan worden, (nieuwe vormen van) meningspeilingen onder cliënten en ketenpartners, externe beoordelingen en benchmarking. Deze instrumenten worden hierna kort toegelicht.

Indicatoren

Omschrijving en doel

Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg (Colsen & Casparie, 1995).

Indicatoren zijn kengetallen die signaleren wanneer iets goed of niet goed gaat, bijvoorbeeld het percentage infecties of complicaties in ziekenhuizen, de prevalentie van decubitus in verpleeghuizen, het percentage ziekteverzuim van de medewerkers et cetera. Indicatoren kunnen continu of periodiek worden verzameld en worden gebruikt om de kwaliteit van zorg op systematische wijze te toetsen of te monitoren. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen procesindicatoren (bijvoorbeeld de mate waarin richtlijnen worden nageleefd) en uitkomstindicatoren die inzicht geven in het uiteindelijke resultaat van de zorg (Mintjes e.a., 2000).

Toepassing in de praktijk

Uit recent onderzoek blijkt dat op dit moment nog weinig uitkomstindicatoren worden gebruikt (Sluijs, Van Beek e.a., 2002). De meest gebruikte uitkomstindicatoren zijn de tevredenheid van cliënten en ook wel van medewerkers en daarnaast ongewenste gebeurtenissen zoals infecties of complicaties. Positieve indicatoren over herstel van de patiënt of gezondheidswinst zijn de onderzoekers zelden of nooit tegengekomen (Sluijs, Van Beek e.a., 2002). Wel zijn inmiddels raamwerken voor het ontwikkelen van indicatoren ontwikkeld (Delnoij, Ten Asbroek e.a., 2002; Groenewoud en Huijsman, 2003). Binnen enkele sectoren en beroepsgroepen zijn ook initiatieven tot het ontwikkelen van indicatoren te zien, bijvoorbeeld bij de medisch specialismen gynaecologie, oncologie en heelkunde. De ervaringen tot nu toe laten zien dat het ontwikkelen van relevante uitkomstindicatoren een complexe aangelegenheid is (Lips, Janson e.a., 2002). Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO tracht bij de richtlijnontwikkeling indicatoren aan de richtlijn te koppelen. Binnen de verpleging wordt gezocht naar 'Nursing Patiënt Outcomes' die inzicht moeten geven in de resultaten van de (verpleegkundige) zorg die de patiënt ontvangt. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zal in 2003 een advies over indicatoren in de gezondheidszorg uitbrengen.

Meningspeilingen

Omschrijving en doel

Bij meningspeilingen wordt de mening van betrokkenen, zoals patiënten en ketenpartners, over de kwaliteit van de verleende zorg of dienstverlening gemeten. Via deze gegevens wordt nagegaan in welke mate de verleende zorg aan de wensen of verwachtingen van de gebruiker voldoet en op welke gebieden verbeteringen nodig of wenselijk zijn. Aanvankelijk werd bij meningspeilingen in algemene termen gevraagd naar de tevredenheid van cliënten over de geboden zorg. Omdat dergelijke algemene tevredenheidsscores weinig informatie geven wordt tegenwoordig veel specifiek gevraagd welke aspecten cliënten belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van zorg en wordt concreet gevraagd in welke mate dat aspect in de verleende zorg was gerealiseerd. Bijvoorbeeld via vragen als: 'Heeft u informatie gekregen over mogelijke bijwerkingen van de medicijnen?' of 'Is aan u toestemming voor het onderzoek gevraagd?'

Toepassing in de praktijk

In nagenoeg alle zorginstellingen worden tegenwoordig meningspeilingen onder patiënten gehouden. Dat gebeurt door de instelling zelf of in het kader van een Benchmarkonderzoek (zie hierna). Ook bij beroepsbeoefenaren zijn meningspeilingen geen uitzondering meer. Meningspeiling onder de patiënten is een vast onderdeel van de methode die gebruikt wordt bij de visitatie van huisarts praktijken (Van den Hombergh e.a., 1995). Bij de visitatie van medisch specialisten door de medisch wetenschappelijke verenigingen worden onder andere gesprekken gevoerd met externen (bijvoorbeeld de huisarts) om de kwaliteit van de zorg te beoordelen (Van der Weide e.a., 2000). Met de ontwikkeling van ketenzorg en zorgprogramma's zal waarschijnlijk ook het karakter van de meningspeilingen veranderen. Nu worden meningspeilingen veelal nog verricht vanuit een instelling of een zorgaanbieder, in de toekomst zal wellicht het

oordeel van patiënten over het gehele zorgprogramma worden gevraagd inclusief over alle daarbij betrokken disciplines.

Externe beoordelingen

Omschrijving en doel

Bij externe beoordelingen wordt de kwaliteit van de zorg beoordeeld door externe partijen (anders dan de zorgaanbieder zelf) zoals bijvoorbeeld door patiënten/consumenten-organisaties, koepelorganisaties, certificerende instanties et cetera. De zorgaanbieders krijgen op deze manier gestructureerde feedback op hun handelen door externe partijen. Daarnaast kunnen externen signaleren op welke gebieden mogelijkheden voor verbetering liggen. Bij de diverse beoordelingen kan het accent respectievelijk liggen op: a) de organisatorische kwaliteit, b) de vakinhoudelijke medisch-technische kwaliteit; en c) de relationele kwaliteit of de patiëntvriendelijkheid. Enkele voorbeelden ter illustratie.

Bij beoordelingen in het kader van accreditatie van ziekenhuizen ligt het accent op de organisatorische kwaliteit en wordt beoordeeld of het kwaliteitssysteem voldoet aan de NIAZ-normen. Bij de visitaties van medisch specialisten door de wetenschappelijke verenigingen ligt het accent op de medisch-technische kwaliteit en het vakinhoudelijk handelen. Bij beoordelingen door patiënten/consumenten organisaties wordt vooral, maar niet uitsluitend, gekeken naar patiëntvriendelijkheid en de relationele kwaliteit. Ten behoeve van deze laatste beoordelingen zijn algemene kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld die bij de beoordelingen kunnen worden gebruikt, bijvoorbeeld door Cliënt en Kwaliteit, de vereniging Kind en Ziekenhuis, de NP/CF. Dergelijke kwaliteitscriteria hebben betrekking op thema's als vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, accommodatie et cetera (www.npcf.nl, 2002). Naast algemene kwaliteitscriteria zijn ook sectorspecifieke kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief opgesteld (bijvoorbeeld voor het ziekenhuis, de huisarts, de fysiotherapeut, de verpleging / verzorging). De verwachting is dat beoordelingen door Regionale Patiënten/Consumenten organisaties zullen toenemen, mede door financiële ondersteuning vanuit het Ministerie van VWS.

Toepassing in de praktijk

Een vrij nieuw fenomeen vormen externe beoordelingen waarbij zorginstellingen onderling met elkaar worden vergeleken en waarbij de resultaten op naam van de instelling worden gepubliceerd. In de ziekenhuissector heeft in 2002 een dergelijke vergelijking plaatsgevonden waarin circa 40 ziekenhuizen op vrijwillige basis participeerden. De vergelijking tussen de ziekenhuizen is gemaakt op het niveau van specialismen en per specialisme zijn de resultaten openbaar gepubliceerd. Het project is uitgevoerd door de Consumentenbond, in samenwerking met het NIVEL (Janse, Hutten en Spreeuwenberg, 2002). Dergelijke (ziekenhuis)vergelijkingen hebben als doel aan patiënten en consumenten informatie te verschaffen over de kwaliteit van elk ziekenhuis, waarop zij hun keuze voor een ziekenhuis kunnen baseren (Andela, 2000). Een tweede doel is de ziekenhuizen op die wijze te stimuleren tot kwaliteitsverbetering op de gebieden waarop dat nodig zou zijn.

Externe beoordelingen door verschillende partijen zullen in toenemende mate plaats vinden. Voor de toekomst is aandacht nodig voor afstemming en samenhang in alle beoordelingsactiviteiten die in de zorgsector op gang komen. Deze kunnen elkaar versterken. Maar er moet ook worden gewaakt voor overlap tussen de verschillende beoordelingen (vanuit de sector, vanuit de beroepsgroepen, vanuit patiënten/consumentenorganisaties) om zorgaanbieders niet onnodig te belasten (VWS, 2000).

Benchmarking

Omschrijving en doel

Benchmarking is eveneens gebaseerd op een vergelijking tussen instellingen, afdelingen of praktijken maar heeft een ander doel. Het doel van benchmarking is degenen op te sporen die het best presteren op een bepaald gebied, zodat anderen van deze ‘best practice’ kunnen leren. Het primaire doel is kwaliteitsverbetering door de eigen prestatie en werkmethode te spiegelen aan de beste en nieuwste ideeën en vervolgens die inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot verbetering van de prestatie. De prestatie van de individuele instellingen in een benchmark worden niet vergeleken met een groepsgemiddelde maar met de prestaties van de afzonderlijke instellingen. Hierdoor wordt het mogelijk om de werkmethode van een instelling die op een bepaald onderdeel goed scoort als ‘best practice’ aan te wijzen (Vandermeulen, 1999).

Toepassing in de praktijk

In 2002 is voor de tweede keer een benchmark in de Thuiszorg uitgevoerd (PWH & NIVEL, 2002). Nagenoeg alle thuiszorginstellingen hebben daaraan meegedaan. De instellingen zijn op een aantal gebieden met elkaar vergeleken, bijvoorbeeld wat betreft tevredenheid van cliënten, tevredenheid van medewerkers en doelmatigheid van de instelling. De resultaten worden (nog) niet openbaar op naam van de instelling gepubliceerd.

Ook in onderdelen van ziekenhuizen is een aantal benchmark-studies verricht, bijvoorbeeld onder radiologie-afdelingen van 31 ziekenhuizen, op basis van het Management Informatie Pakket (MIP) van ziekenhuizen (Paquay & de Vries, 1999). De Doorbraakprojecten van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO kunnen als een variant op benchmarking worden beschouwd, omdat ook in deze projecten best-practice centraal staat.

Ontwikkelingen

In diverse andere sectoren zijn of worden benchmarkprojecten in gang gezet, bijvoorbeeld in de sector verpleging en verzorging, bij de Regionale Indicatie Organen (RIO's) en bij zorgkantoren. Benchmarking vereist wel dat er voldoende gegevens op gestandaardiseerde wijze en op continue basis geregistreerd worden, om praktijken, afdelingen of instellingen met elkaar te kunnen vergelijken. De verwachting is dat in de toekomst meer uitkomst indicatoren of prestatie indicatoren in benchmarking meegenomen zullen worden, zodra deze ontwikkeld zijn.

6 Overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we kort in op overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen wat betreft de kwaliteitsinstrumenten waar men mee te maken krijgt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies.

6.2 Overeenkomsten en verschillen in de kwaliteitsinstrumenten

In schema 2 staan de overeenkomsten en verschillen tussen de kwaliteitsinstrumenten die gebruik worden door de verschillende beroepsgroepen weergegeven. De overeenkomsten en verschillen kunnen als volgt worden toegelicht.

Normeren

Alle beroepsgroepen beschikken inmiddels over vakinhoudelijke richtlijnen die erkend zijn door de koepelorganisatie. De mate waarin men in 2002 beschikte over richtlijnen varieert van bijna 70 richtlijnen voor huisartsen tot enkele richtlijnen voor verpleeghuisartsen en bedrijfsartsen.

De ontwikkeling van richtlijnen is een belangrijk aandachtspunt voor alle beroepsgroepen. Daarbij wordt steeds meer belang gehecht aan wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen, aan de afstemming met andere partijen (zorgverleners, patiënten/consumenten en zorgverzekeraars) en aan de toevoeging van een kostenparagraaf.

In de toekomst zullen richtlijnen geautomatiseerd beschikbaar worden voor de hulpverlener in het directe patiëntencontact ter ondersteuning van de beslissingen die de hulpverlener neemt. Bij huisartsen is een dergelijk systeem al operationeel (de richtlijnen zijn ingebouwd in het Huisartsen Informatie Systeem). Medisch specialisten en fysiotherapeuten zijn bezig met de voorbereiding of de ontwikkeling van dergelijke systemen.

Alle beroepsgroepen beschikken over gedragsregels en over normen c.q. criteria die vanuit het patiëntenperspectief ontwikkeld zijn.

Schema 2: Overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen

	fysiotherapeuten	verpleegkundigen	medische beroepen
Normeren	richtlijnen criteria vanuit patiënten- perspectief gedragsregels	richtlijnen en protocollen criteria vanuit patiëntenperspectief gedragsregels minimale kwaliteit van zorg	richtlijnen en standaarden criteria vanuit patiënten- perspectief gedragsregels modelregeling arts-patiënt
Meten	geautomatiseerde ver- slaglegging registratiesystemen <i>indicatoren</i> meningspeilingen interne beoordelingen	geautomatiseerde verslaglegging <i>indicatoren</i> meningspeilingen interne beoordelingen	geautomatiseerde ver- slaglegging registratiesystemen <i>indicatoren</i> meningspeilingen interne beoordelingen
Toetsen en verbeteren	intercollegiale toetsing intercollegiaal overleg fysiotherapie (IOF) visitatie verbeterteams <i>benchmarking</i>	intercollegiale toetsing visitatie verbeterteams <i>benchmarking</i>	intercollegiale toetsing visitatie verbeterteams doorbraakseries <i>benchmarking</i>
Borgen	herregistratie accreditatie bij- en nascholing <i>keurmerk</i>	<i>herregistratie</i> <i>accreditatie bij- en nascholing</i> <i>keurmerk</i>	<i>herregistratie</i> <i>accreditatie bij- en</i> <i>nascholing</i> <i>keurmerk</i>

Cursief: Het instrument is nog in ontwikkeling (voor een gedeelte van de beroepsbeoefenaren).

Meten

Voor alle beroepsgroepen geldt dat, met de opkomst van de ICT, de registratie van de verleende zorg in toenemende mate wordt geautomatiseerd. Huisartsen beschikken inmiddels over elektronische patiëntendossiers. Bij medisch specialisten fysiotherapeuten en verpleegkundigen is geautomatiseerde verslaglegging in gang gezet. Voor alle beroepsgroepen bestaan verschillende landelijke registratiesystemen of zijn er systemen in ontwikkeling waarmee aspecten van het proces of de resultaten van de zorgverlening kunnen worden geregistreerd. De mogelijkheden van dergelijke systemen zullen toenemen. De onderlinge afstemming van de registratiesystemen van de verschillende beroepsgroepen zal in de toekomst een punt van aandacht zijn (in verband met toenemende samenwerking en onderlinge uitwisseling van patiëntgegevens).

Alle beroepsgroepen gaan zich bezig houden met de ontwikkeling van indicatoren. Naast indicatoren die inzicht geven in het zorgverleningsproces, zal met name worden geprobeerd indicatoren te ontwikkelen die inzicht geven in de resultaten van de zorg voor de patiënt (uitkomstindicatoren) en indicatoren die inzicht geven in de bedrijfsvoering (prestatie-indicatoren).

Tot slot krijgen de beroepsbeoefenaren in toenemende mate te maken met beoordelingen van de instelling waarin zij werkzaam zijn en met beoordelingen vanuit de beroepsgroep en vanuit externe partijen. Hoe deze verschillende soorten beoordelingen zich tot elkaar verhouden is nog niet uitgekristalliseerd.

Toetsen en verbeteren

Alle beroepsgroepen gebruiken intercollegiale toetsing, visitatie en / of verbeterteams om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie te toetsen en te verbeteren. Bij de meeste beroepsgroepen (met uitzondering van verpleegkundigen en een deel van de artsen) moeten de beroepsbeoefenaren verplicht aan een van beide toetsingsvormen deelnemen.

Fysiotherapeuten, huisartsen, en sociaal geneeskundigen moeten deelnemen aan intercollegiale toetsing om in aanmerking te komen voor herregistratie. Medisch specialisten uit opleidingspraktijken moeten deelnemen aan visitatie om de opleidingsbevoegdheid te behouden. Daarnaast kunnen beroepsbeoefenaren op vrijwillige basis deelnemen aan intercollegiale toetsing of visitatie.

De methoden die gebruikt worden voor intercollegiale toetsing en visitatie verschillen tussen en binnen de beroepsgroepen. Alle beroepsgroepen hebben visitatiemethoden ontwikkeld die specifiek op de beroepsgroep zijn toegesneden.

Binnen de fysiotherapie wordt momenteel bekeken of visitatie ook gebruikt kan worden, om te beoordelen in welke mate de beroepsbeoefenaar voldoet aan de keurmerk-normen. Bij medisch specialisten is visitatie van opleidingspraktijken traditioneel al gekoppeld aan het verkrijgen of behouden van de opleidingsbevoegdheid.

Beroepsbeoefenaren die in instellingen werkzaam zijn zullen te maken krijgen met de benchmarkprojecten die in de sector (zullen) worden georganiseerd. Ook krijgen zij te maken met toetsingsvormen die vanuit de instelling worden georganiseerd. Hoe de toetsingsvormen vanuit de beroepsgroepen en vanuit de instellingen zich tot elkaar verhouden is nog niet uitgekristalliseerd.

Borgen

De beroepsgroepen hebben op dit moment of in de nabij toekomst te maken met vergelijkbare borgingsystemen vanuit de beroepsgroepen namelijk herregistratie en accreditatie van deskundigheidsbevordering.

Onder fysiotherapeuten en de medische beroepsgroepen is herregistratie reeds ingevoerd. Bij verpleegkundigen zijn de plannen daartoe in 2002 in ontwikkeling. Aan herregistratie worden kwantitatieve eisen gesteld ten aanzien van de beroepsuitoefening. Bij fysiotherapeuten en een groot deel van de medische beroepsgroepen worden tevens eisen gesteld ten aanzien van het volgen van geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Medische beroepsgroepen waar op dit moment nog geen kwalitatieve eisen gesteld worden, en verpleegkundigen onderzoeken of kwalitatieve eisen gesteld kunnen worden aan herregistratie en zo ja welke eisen dat moeten zijn.

Fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen die in een instelling werkzaam zijn, kunnen in de meeste sectoren te maken krijgen met activiteiten die de instelling verricht om een keurmerk of certificaat te verwerven. Voor vrijgevestigde fysiotherapeuten is anno 2002 en keurmerk in ontwikkeling.

6.3 Conclusie

De beroepsbeoefenaren hebben in de praktijk te maken met kwaliteitszorg om de kwaliteit van de zorg te handhaven of te verbeteren. De instrumenten die door de verschillende beroepsgroepen gebruikt worden om die kwaliteitszorg vorm te geven, zijn vergelijkbaar. De mate waarin de kwaliteitsinstrumenten binnen de beroepsgroepen zijn ontwikkeld, varieert. Daarnaast bestaan er verschillende accenten binnen en tussen de beroepsgroepen, afhankelijk van de sector waarin men werkt.

In zijn algemeenheid zijn de artsen het verst gevorderd met de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitsinstrumenten. In de fysiotherapie is de afgelopen 10 jaar een inhaalslag gemaakt dankzij omvangrijke kwaliteitsprogramma's, mede gefinancierd door het Ministerie van VWS. Een vergelijkbaar kwaliteitsprogramma is gestart voor de verpleegkundige beroepen.

In de toekomst zullen de verschillen tussen de beroepsgroepen naar verwachting kleiner worden. Enerzijds doordat achterliggende beroepsgroepen bezig zijn met een inhaalslag in de ontwikkeling en invoering van kwaliteitsinstrumenten. Anderzijds doordat, met de toenemende samenwerking binnen de keten, kwaliteitszorg zich ook binnen dat samenwerkingsverband zal afspelen. Dit betekent dat de kwaliteitsinstrumenten steeds meer gezamenlijk ontwikkeld en gebruikt zullen gaan worden.