

Kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 – 2000

*M. Bennema-Broos, E.M. Sluijs, C. Wagner**

Inleiding

In deze bijdrage wordt een globaal overzicht gegeven van de wijze waarop de beroepsverenigingen in de Nederlandse gezondheidszorg het afgelopen decennium invulling hebben gegeven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Voor elke beroepsgroep is een literatuurstudie verricht over de periode 1990–2000. Deze periode is gekozen, omdat de eerste Leidschendam conferenties tien jaar geleden een markeringspunt vormden voor het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Toen hebben de koepelorganisaties afgesproken kwaliteitssystemen in te gaan voeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Op de Leidschendamconferentie in 1995 zijn deze afspraken herbevestigd. In 2000 werden de afspraken geëvalueerd en zouden nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid in de zorgsector worden gemaakt. Dat was de aanleiding tot het doen van dit onderzoek.

Omdat de afspraken op koepelniveau zijn gemaakt, is als invalshoek in het literatuuronderzoek gekozen voor de kwaliteitsactiviteiten die op koepelniveau zijn ontwikkeld, en derhalve voor de gehele beroepsgroep gelden. Het doel van deze samenvatting was gegevens aan te leveren als input voor de discussies op de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000.

Het literatuuronderzoek heeft betrekking op de volgende beroepen. In het rapport, waarin verslag wordt gedaan van het onderzoek, is aan elke beroepsgroep een apart hoofdstuk gewijd:

- huisartsen;
- medisch specialisten;
- verpleeghuisartsen;
- sociaal geneeskundigen;
- tandartsen;

* Mevrouw drs. M. Bennema-Broos is onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
Mevrouw dr. E.M. Sluijs is senior onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
Mevrouw dr. C. Wagner is programmaleider Kwaliteit en Organisatie bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).

- apothekers;
- verloskundigen;
- paramedische beroepen;
- verpleegkundige en verzorgende beroepen;
- psychologen;
- alternatieve/additieve beroepsgroepen.

Beperkingen van het onderzoek

De gegevens uit het literatuuronderzoek zijn enerzijds gebaseerd op beleidsnota's van elke beroepsvereniging. Deze literatuur is mogelijk gekleurd door het specifiek strategische doel of beleidsdoel daarvan. Anderzijds is per beroepsgroep een literatuursearch gedaan, afgebakend tot onderzoeksliteratuur over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg. Hiermee is ook de eerste beperking van de studie aangegeven. Het betekent dat recente ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld ketenzorg relatief onderbelicht zijn, omdat daarover nog nauwelijks onderzoeksgegevens bekend zijn.

Een tweede beperking vloeit voort uit het feit dat de overkoepelende organisatie als invalshoek is gekozen en niet de diverse deelverenigingen binnen een beroepsgroep. Denk aan de 62 deelverenigingen die er op het gebied van de verpleging en verzorging bestaan of de 30 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, die een eigen kwaliteitsbeleid hanteren. Daarmee is deze samenvatting beperkt tot globale gegevens over een beroepsgroep en wordt nadrukkelijk geen volledigheid gepretendeerd.

1 Stand van zaken in 2000

1.1 Vier elementen in een kwaliteitssysteem

De huidige stand van zaken kan worden gerelateerd aan de onderscheiden elementen in een kwaliteitssysteem (Klazinga & Casparie 1993). Beroepsgroepen richten zich daarbij op een viertal elementen, gekenmerkt door het ontwikkelen van:

- 1 een beroepsprofiel en een eigen opleiding en bij- en nascholingsactiviteiten;
- 2 een stelsel van normen en richtlijnen en registratie van de verleende zorg;
- 3 systematische kwaliteitsbewaking en bevordering via onder andere intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties;
- 4 externe verantwoording via bijvoorbeeld herregistratie, via externe beoordeling of certificering of via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarsverslag.

In grote lijnen zijn deze vier elementen respectievelijk gericht op deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit. Indien binnen

een beroepsgroep structuren bestaan om deze vier onderdelen in onderlinge samenhang goed te laten functioneren, kan volgens Klazinga e.a. (1993) van een kwaliteitssysteem worden gesproken.

De gegevens uit het onderzoek laten zien dat deze vier afzonderlijke elementen in het kwaliteitsbeleid van elke beroepsgroep terugkomen. In dat opzicht lijken alle beroepsgroepen de ideeën over de invulling van een kwaliteitssysteem te delen. In hoeverre dat mede komt doordat beroepsgroepen de ontwikkelingen van elkaar overnemen, is niet bekend. Het is niet zo dat deze elementen in elke beroepsgroep inmiddels een samenhangend systeem vormen, zoals door Klazinga e.a. wordt bepleit.

1.2 Verschillen in ontwikkelingsfase

Er zijn grote verschillen tussen de beroepsgroepen in de fase waarin de ontwikkelingen verkeren. Het is niet eenvoudig om wat dat betreft een rangorde in de beroepen aan te brengen, omdat daarvoor geen metingen bestaan. Beroepsgroepen gaan niet te werk volgens de hiervoor geschetste volgorde bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Het is niet zo dat beroepsgroepen bijvoorbeeld pas overgaan tot toetsing, nadat richtlijnen zijn ontwikkeld. Er wordt tegelijkertijd aan een veelheid van activiteiten gewerkt. Als we – met dat voorbehoud voor ogen – toch trachten de beroepen op een globale wijze in te delen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is, ontstaat het volgende beeld.

- Vergevoerd met de ontwikkelingen op de vier gebieden zijn de apothekers, de huisartsen en de medisch specialisten.
- Een middenpositie wordt ingenomen door verpleeghuisartsen, tandartsen, paramedici en verloskundigen.
- Minder ver met de ontwikkelingen zijn de sociaal geneeskundigen, de verpleegkundige en verzorgende beroepen, de psychologen en de alternatieve genezers.

Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin de vier elementen (deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit) zijn geïmplementeerd en er structuren bestaan voor de voortgang van de ingezette activiteiten.

Een verklaring voor deze verschillen is niet eenvoudig te geven. Dat de mate van professionalisering een rol speelt ligt min of meer voor de hand, omdat 'de mate waarin een beroepsgroep de kwaliteit van haar leden bewaakt' een van de kenmerken is van professionalisering. Ook de organisatiegraad van de beroepsgroep lijkt een rol te spelen.

De verschillen tussen de beroepsgroepen zouden voor een deel kunnen worden toegeschreven aan de menskracht en de financiële middelen die een beroepsgroep ter beschikking heeft, zoals uit het onderzoek te lezen valt.

Niet alleen huisartsen, medisch specialisten en apothekers, maar ook tandartsen beschikken over omvangrijke stafbureaus om bijvoorbeeld richtlijnen te ontwikkelen of een systeem van visitatie te laten functioneren. Andere beroepen hebben veel kleinere bureaus of beschikken nauwelijks over dergelijke faciliteiten. Enkele paramedische beroepen zijn bijvoorbeeld sterk afhankelijk van vrijwilligers in de vereniging en van de subsidies die zij voor ondersteuning verwerven.

Een verklaring kan ook worden gezocht in de werksetting van de beroepsbeoefenaren en de daarmee verband houdende autonomie. Het kan zijn dat de vrijgevestigde beroepen er meer belang bij hebben zich op kwaliteit te profileren dan beroepen die overwegend in dienstverband werkzaam zijn. Deze laatsten hebben ook minder autonomie om kwaliteitsactiviteiten van hun beroepsvereniging uit te voeren.

Verwant daarmee kan worden gewezen op het feit dat beroepsgroepen verschillen in de mate waarin beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk zijn voor het hanteren van een kwaliteitssysteem of dat deze verantwoordelijkheid bij het management van de instelling (de zorgaanbieder) ligt. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn zowel zorgaanbieder (en dus ook verantwoordelijk voor het invoeren van een kwaliteitssysteem) als beroepsbeoefenaar (en dus verantwoordelijk voor bewaking van de vakinhoudelijke kwaliteit). Beide elementen zijn dan ook opgenomen in de certificatieschema's die voor bijvoorbeeld apothekers en tandartsen zijn ontwikkeld. Dit geldt niet voor verpleegkundige en verzorgende beroepen. Misschien is dit mede een verklaring voor het feit dat voor deze beroepsgroepen op koepelniveau relatief weinig kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld.

1.3 *Verschillen in accenten die worden gelegd*

De gegevens laten zien dat de beroepsgroepen verschillende accenten leggen in het kwaliteitsbeleid en verschillende keuzes hebben gemaakt in de volgorde waarin zij kwaliteitsinstrumenten ontwikkelen. Met inachtneming van alle overige activiteiten die een beroepsgroep onderneemt kunnen de volgende accenten worden gesignaleerd:

- bij medisch specialisten ligt een accent op de verschillende visitatiesystemen die worden gehanteerd;
- bij huisartsen ligt sinds jaren een accent op de ontwikkeling van *evidence based* richtlijnen;
- bij verpleeghuisartsen en ook bij veel paramedische beroepen ligt een accent op intercollegiale toetsing;
- bij verloskundigen heeft de landelijke verloskundige registratie een belangrijke plaats in het kwaliteitsbeleid;
- apothekers zijn de eersten die een certificeringssysteem hebben ontwikkeld (inmiddels gevolgd door tandartsen);

- bij de alternatieve beroepsgroepen ligt veel nadruk op (het reguleren van) de initiële opleidingen;
- geen opvallende accenten zijn te zien bij de sociaal geneeskundigen, de verpleegkundige en verzorgende beroepen en de psychologen.

Voor een deel zijn deze accentverschillen toe te schrijven aan historisch gegroeide situaties. Traditioneel visiteerden medisch specialisten de opleidingspraktijken om de kwaliteit daarvan te waarborgen. Die visitatiemethoden zijn in de loop der jaren uitgebreid tot de niet-opleidingspraktijken. Eind jaren tachtig begonnen huisartsen met de ontwikkeling van richtlijnen, vermoedelijk mede om het – toen nog vrij jonge – domein van de huisartsgeneeskunde een duidelijk gezicht te geven.

Dat apothekers als eerste een certificeringssysteem hebben ontwikkeld, was mede mogelijk, omdat traditioneel al een uitgebreid stelsel van kwaliteitsnormen voor de apotheek bestond (de NAN-normen). Of de keuze voor certificering mede was gebaseerd op een behoefte aan externe profilering, omdat de beroepsgroep de laatste jaren sterk onder druk werd gezet, is niet meer dan een vermoeden.

Dat in het alternatieve veld de opleidingen zo'n centrale plaats innemen, valt te verklaren uit het feit dat het opleidingsstelsel ondoorzichtig is, omdat dit niet bij wet is geregeld.

Samengevat kunnen de huidige accentverschillen voor een deel worden verklaard uit het verleden, terwijl deze verschillen ook weer een verschil in ontwikkelingsfase weerspiegelen.

Pas in het begin van de jaren negentig begint het idee van een samenhangend kwaliteitssysteem post te vatten. Vanaf dat moment is te zien dat veel beroepsgroepen een meersporenbeleid volgen, waarbij veel kwaliteitsinstrumenten gelijktijdig worden ontwikkeld. Naast toetsing en/of visitatie wordt ook gewerkt aan de accreditering van na- en bijscholing, aan het opstellen van eisen voor herregistratie en aan het ontwikkelen (of verfijnen) van informatiesystemen voor het vastleggen van (de resultaten van) de zorg. Nagenoeg alle beroepsgroepen hebben ook het ontwikkelen van vakinhoudelijke richtlijnen in hun beleid opgenomen, hoewel dat bij de meeste beroepen nog in de kinderschoenen staat. In dat opzicht hebben beroepsgroepen met een wetenschappelijke traditie het voordeel dat wetenschappelijke kennis voorhanden is om de richtlijnen te onderbouwen. Enkele beroepsgroepen zijn ook samenwerkingsverbanden aangegaan met universiteiten of ondersteuningsinstellingen (Werkgroep Onderzoek van Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde (WOK), CBO, Nederlands Paramedisch instituut (NPI)) om gezamenlijk de richtlijnontwikkeling ter hand te nemen. Een recente ontwikkeling is het streven naar kosteneffectieve richtlijnen, waarbij het kostenaspect in de richtlijn wordt meegewogen.

Samenvattend is te zien dat door de beroepsgroepen aan veel kwaliteitsinstrumenten tegelijkertijd wordt gewerkt. Normering en toetsing lijken daarbij goed op gang te zijn gekomen. Dat kan niet worden gezegd van informatiesystemen waarmee de verleende zorg inzichtelijk wordt gemaakt. Het is nog niet zo dat de kwaliteit van de door de beroepsbeoefenaren verleende zorg transparant is voor patiënten(organisaties), zorgverzekeraars of inspectie.

Wat ook opvalt is dat nog weinig instrumenten zijn ontwikkeld om de inbreng van of feedback door patiënten of cliënten een plaats te geven. Voor huisartsen en apothekers zijn door de patiënten-/consumentenorganisaties feedbacksystemen ontwikkeld en dergelijke instrumenten zijn er ook voor de medisch-specialistische ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor de overige beroepen zijn wij dergelijke systemen, waarmee de zorg vanuit patiënten-/cliëntenperspectief kan worden beoordeeld, niet tegengekomen in de literatuur. In zijn algemeenheid lijkt het erop dat patiënten of cliënten of hun organisaties nog weinig bij de kwaliteitszorg van de beroepsgroepen worden betrokken. We doelen daarmee op bijvoorbeeld structureel overleg met patiëntenorganisaties, meningspeilingen onder patiënten of cliënten, behoefteonderzoek onder (nieuwe) doelgroepen of beoordelingen door patiëntenorganisaties.

In de onderzoeksliteratuur hebben wij evenmin gegevens aangetroffen over de wijze waarop zorgverzekeraars bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen zijn betrokken en ook bijvoorbeeld geen onderzoek naar het opnemen van kwaliteitsbepalingen in contracten met beroepsbeoefenaren.

Uit deze lacunes volgt de volgende aanbeveling:

De aanbeveling is om patiënten of cliënten en hun organisaties, alsmede de zorgverzekeraars meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsbeoefenaren, en zo vorm te geven aan de wisselwerking tussen de drie partijen.

2 Samenhang in de kwaliteitssystemen

Op drie manieren kan naar samenhang in het kwaliteitsbeleid worden gekeken: naar de samenhang van het kwaliteitsbeleid binnen een beroepsgroep, naar de samenhang tussen beroepsgroepen en naar de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van instellingen en beroepsbeoefenaren.

Binnen een beroepsgroep is in theorie sprake van een samenhangend kwaliteitssysteem als er een structuur bestaat waarin normering, toetsing, deskundigheidsbevordering en borging met elkaar zijn verbonden. Bijvoorbeeld als intercollegiale toetsing (mede) gericht is op implementatie en naleving van richtlijnen en als dit alles meeweegt bij herregistratie of certificering. Een dergelijke samenhang is in de praktijk doorgaans nog niet gerealiseerd.

Wel is te zien dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten als eis geldt voor herregistratie bij de beroepsgroepen die vergevorderd zijn met hun kwaliteitsbeleid.

Met samenhang in het kwaliteitsbeleid tussen beroepsgroepen wordt geïndiceerd op gezamenlijke kwaliteitsbewaking, indien meerdere beroepsgroepen langdurig bij de zorg zijn betrokken. Bijvoorbeeld in de zorg voor chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes, cara of CVA, waar verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten samenwerken. Op dat gebied zijn nieuwe ontwikkelingen te zien. Er worden gezamenlijk en multidisciplinair richtlijnen opgesteld voor de gehele zorgketen. Deze ontwikkelingen verkeren nog in een pril stadium. De betrokken zorgverleners zijn nog op zoek naar manieren om de kwaliteitsbewaking- en verbetering van dergelijke zorgketens vorm te geven. De verwachting is dat het belang van dergelijke functionele afstemming zal toenemen, omdat zorgketens en zorgcontinuïms sterk in de belangstelling staan.

De derde vorm van afstemming betreft het kwaliteitsbeleid van het instellingsmanagement en van de daarin werkzame beroepsbeoefenaren. Uit onderzoek onder de zorginstellingen blijkt dat veel directies van zorginstellingen melden dat tijd voor kwaliteitsactiviteiten wordt ingeruimd, variërend van tijd voor patiëntbesprekingen, tijd voor intercollegiale toetsing of tijd voor het implementeren van richtlijnen en protocollen. Of het daarbij gaat om het implementeren van de professionele richtlijnen van de beroepsgroep of om de richtlijnen van de instelling zelf is niet bekend. Uit datzelfde onderzoek onder de instellingen blijkt ook dat de professionele zorgverleners en het management een gezamenlijk kwaliteitsbeleid ontwikkelen in de helft tot tweederde van alle zorginstellingen. Deze samenwerking tussen management en professionele hulpverleners hangt positief samen met de mate waarin het kwaliteitssysteem in een instelling is ontwikkeld.

Samenvattend wordt geconstateerd dat het kwaliteitsbeleid van een beroepsgroep niet af is als binnen de beroepsgroep een samenhangend kwaliteitssysteem is gerealiseerd. Ook de functionele afstemming met andere beroepsgroepen en met het kwaliteitsbeleid van de instellingen blijft de komende jaren de aandacht vragen. Daaruit vloeit de volgende aanbeveling voort.

De aanbeveling is dat de beroepsbeoefenaren zich bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid mede richten op:

- de samenhang binnen het eigen kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging;
- de samenhang van het eigen kwaliteitsbeleid met het kwaliteitsbeleid van andere beroepsgroepen in het kader van de multidisciplinaire samenwerking;
- de samenwerking tussen management en professionals bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid in de instellingen.

3 Implementatie

In het begin van de jaren negentig ging aanvankelijk alle aandacht uit naar het *ontwikkelen* van nieuwe kwaliteitsinstrumenten en werd relatief weinig aandacht besteed aan de implementatie ervan. Die situatie is veranderd. De laatste jaren verrichten de beroepsverenigingen veel inspanningen om bijvoorbeeld intercollegiale toetsing te promoten of nieuwe richtlijnen onder de aandacht te brengen (bijvoorbeeld via scholingsprogramma's). Desondanks laten de gegevens uit het onderzoek zien dat de naleving van richtlijnen in veel gevallen teleurstellend is. Globaal gezien lijkt het erop dat richtlijnen door ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren worden gebruikt, ook als veel aandacht aan de implementatie is besteed. De bevorderende en belemmerende factoren zijn inmiddels genoegzaam bekend, maar de oplossing niet.

De aanbeveling is om aandacht aan de implementatie te blijven besteden en ook te bezien in welke mate de initiële opleidingen en stagebegeleiders kunnen worden ingeschakeld om in ieder geval beginnende beroepsbeoefenaren met de professionele richtlijnen en de andere kwaliteitsactiviteiten van de beroepsgroep vertrouwd te maken.

Om de implementatie van alle kwaliteitsinstrumenten te bevorderen, verschuift de aandacht de laatste jaren naar het opbouwen van een regionale infrastructuur en ondersteuningsstructuur om goede communicatielijnen in de beroepsgroep te creëren. Voor huisartsen is dat al enkele jaren een feit. Een aantal beroepen ontvangt hierbij financiële ondersteuning van de overheid (huisartsen, medisch specialisten en enkele paramedische beroepen). In nagenoeg alle overige beroepsgroepen wordt aan een regionale infrastructuur gewerkt. Alleen binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen zou het opzetten van een regionale infra- of ondersteuningsstructuur – voorzover men dat wenselijk acht – kunnen worden bemoeilijkt door de omvang van de beroepsgroepen.

Omdat regionale structuren mede van belang zijn voor de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod, dat in goed overleg tussen alle be-

trokken partijen tot stand dient te komen, lijkt onderlinge afstemming van deze structuren gewenst.

In het licht van de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod is het aan te bevelen dat beroepsgroepen bij het opbouwen van hun infrastructuur rekening houden met de regio-indeling die andere zorgaanbieders in de regio hantieren.

3.1 Effecten van het kwaliteitsbeleid

Een aantal in het rapport beschreven onderzoeken laat zien dat er binnen beroepsgroepen een groot draagvlak voor de kwaliteitsactiviteiten bestaat. Ook onderzoek naar de ervaringen met bijvoorbeeld toetsing en visitatie toont dat de deelnemers participatie in vele opzichten waardevol vinden om verbeteringen te realiseren, de samenwerking te verbeteren en kritischer naar het eigen handelen te (durven) kijken. Niet zelden wordt van een attitudeverandering melding gemaakt.

Uit het onderzoek blijkt echter dat in zijn algemeenheid nog weinig resultaten van de diverse kwaliteitsactiviteiten zijn aangetoond. Misschien heeft dit te maken met het gegeven dat beroepsgroepen nog weinig uitkomst-indicatoren registreren om de resultaten van de zorgverlening te meten en daarmee het effect van hun handelen te monitoren. Anderzijds moet ook worden geconstateerd dat nog relatief weinig onderzoek is verricht naar de mate waarin de kwaliteit van zorg daadwerkelijk is verbeterd ten gevolge van kwaliteitsactiviteiten, en is ook nog weinig bekend over de mate waarin de effecten opwegen tegen de aan kwaliteitszorg verbonden kosten.

Een verklaring van dit gemis aan gegevens zou kunnen zijn dat de aandacht zowel bij de beroepsverenigingen als in het onderzoeksbeleid (van bijvoorbeeld ZorgOnderzoek Nederland (ZON)) de laatste jaren sterk is uitgegaan naar de implementatie van kwaliteitsinstrumenten, waardoor nog weinig effectiviteitsonderzoek is verricht. Twee aanbevelingen vloeien hieruit voort.

Als eerste aanbeveling lijkt onderzoek nodig naar de effecten van de kwaliteitsactiviteiten van de beroepsbeoefenaren op de kwaliteit van zorg voor de patiënt, waarbij ook de kosten van de onderscheiden kwaliteitsactiviteiten worden meegewogen.

Zodra meer kennis over effecten en kosten van kwaliteitszorg bekend is, is de tweede aanbeveling, dat de beroepsbeoefenaren bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid kiezen voor die activiteiten die het meeste effect sorteren in het verbeteren van de kwaliteit tegen de minste inspanningen of kosten.

Tot zover een samenvatting van de ontwikkelingen bij de beroepsbeoefenaren op het gebied van kwaliteitszorg. In de volgende paragraaf zijn de hier beschreven aanbevelingen samengevat.

4 Samenvatting van de aanbevelingen

4.1 Aanbevelingen met betrekking tot de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren

- De aanbeveling is om patiënten of cliënten en hun organisaties, alsmede de zorgverzekeraars meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsbeoefenaren, en zo vorm te geven aan de wisselwerking tussen de drie partijen.
- De aanbeveling is dat de beroepsbeoefenaren zich bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid mede richten op:
 - de samenhang binnen het eigen kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging;
 - de samenhang van het eigen kwaliteitsbeleid met het kwaliteitsbeleid van andere beroepsgroepen in het kader van de multidisciplinaire samenwerking;
 - de samenwerking tussen management en professionals bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid in de instelling.
- De aanbeveling is om aandacht aan de implementatie te blijven besteden en ook te bezien in welke mate de initiële opleidingen en stagebegeleiders kunnen worden ingeschakeld om in ieder geval beginnende beroepsbeoefenaren met de professionele richtlijnen en de andere kwaliteitsactiviteiten van de beroepsgroep vertrouwd te maken.
- In het licht van de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod is het aan te bevelen dat beroepsgroepen bij het opbouwen van hun infrastructuur rekening houden met de regio-indeling die andere zorgaanbieders hanteren.
- Onderzoek is nodig naar de effecten van de kwaliteitsactiviteiten van de beroepsbeoefenaren op de kwaliteit van zorg voor de patiënt, waarbij ook de kosten van de onderscheiden kwaliteitsactiviteiten worden meegewogen.
- Zodra meer kennis over effecten en kosten van kwaliteitszorg bekend is, is de aanbeveling, dat de beroepsbeoefenaren bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid kiezen voor die activiteiten die het meeste effect sorteren in het verbeteren van de kwaliteit tegen de minste inspanningen of kosten.