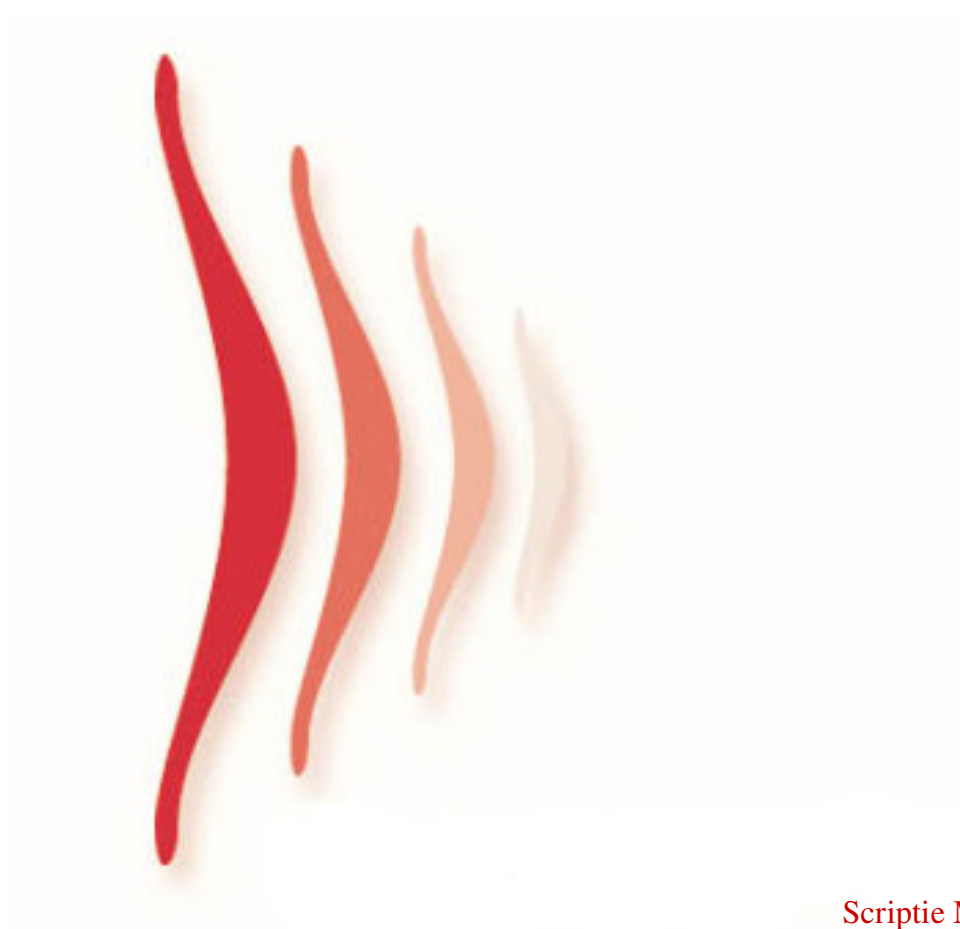


En de echo rolt zich voort.....

*Over de manier waarop prenatale screening
geïmplementeerd kan worden binnen de eerste lijn*



Begeleider: drs. E.W. Reitsma MCM

Scriptie Master Verloskunde
Beleid en management
Jeanine van der Ven
November 2005

Abstract

Offering prenatal screening (combined NT-test and serum test, and structural ultrasonic research) to pregnant women in the absence of a clearly identified increased risk has been the topic of debate between involved parties in the profession and politics for years. The 2004 advice of the Dutch Health Council to the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) has only been applied in part. The professional stakeholders aim for the establishment of a national body for prenatal screening and are currently in the process of negotiating this. The National Dutch Association of Midwives (KNOV) is a proponent of an executive role for midwives in primary care. The assignment of the KNOV is to investigate which supportive approach is best applied in this case, in order to create a change among midwives to implement prenatal screening in primary care.

For this research project, data were acquired from questionnaires conducted on representatives of regions of midwifery practices as well as interviews with actors and those regions. Useful theories on models of change were added through a literary study of the topic. The results have been used to develop an insight into the problem areas, legislative measures, and the roles and ideas of stakeholders as well as the prevailing regional wishes in the area of prenatal screening.

The most important conclusion of this research is that midwives see a possibility for prenatal screening to find its niche within primary care. Moreover their motivation to embrace changes depends on their insight in the need for change, their experience of this need, the stimuli they receive and good examples. This has resulted in a number of recommendations with regard to education, the provision of information, investments and organisational measures, as well as a suggestion for an approach to this change.

Inhoudsopgave

Abstract	1
1 Inleiding	4
2 Prenatale screening, veranderen en verloskunde	6
2.1 Prenatale screening	6
2.2 Het proces van veranderen	9
2.3 Veranderen binnen de verloskunde	12
2.4 Overzicht	13
3 Het onderzoek	15
3.1 Prenatale screening in de eerstelijns, huidige situatie	15
3.2 Rol en standpunten actoren	16
3.3 Veranderen	17
3.4 Verwerking	17
3.5 Resultaat	18
4 Bevindingen	20
<i>Deel 1: De vragenlijsten</i>	
4.1 Wist u dat.....	20
4.2 Inventarisatie huidige situatie op echogebied	22
4.3 Wensen voor verandering	25
<i>Deel 2: De interviews</i>	
4.4 Prenatale screening	26
4.5 Veranderen	30
5 Verloskundigen voeren prenatale screening uit	33
5.1 Voorwaarden voor prenatale screening	33
5.2 Veranderen of veranderd worden	38
5.3 Samenvattende analyse	40
5.4 Beperkingen van het onderzoek	41
5.5 Veranderen en verloskundigen	42

6 Het advies: welke aanpak kan het beste ingezet worden?	43
<i>Deel 1: Inhoudelijke adviezen</i>	
6.1 Scholing	43
6.2 Informatie	44
6.3 Investerings	45
6.4 Organisatie	45
<i>Deel 2: Veranderkundige adviezen</i>	
6.5 Veranderen	46
6.6 Tot slot	47
7 Samenvatting	48
Lijst van afkortingen	49
Literatuurlijst	50
Bijlage 1: Verandermodellen	
Bijlage 2: Vragenlijst kringen	
Bijlage 3: Overzicht kringen	
Bijlage 4: Samenvatting interviews kringen	
Bijlage 5: Samenvatting interviews actoren	
Bijlage 6: Interview schema	
Bijlage 7: Artikel Volkskrant	

1 Inleiding

de Volkskrant

Binnenland - vrijdag 29 november 2002

DEN HAAG - De **prenatale** screening die zwangere vrouwen kunnen ondergaan om aangeboren afwijkingen bij hun kind vroegtijdig op te sporen, verkeert in een chaos.

Jonge zwangeren doen al testen

- **Binnenland** - maandag 24 november 2003

Prenatale test voor alle zwangeren

zaterdag 12 maart 2005

Verloskundige gaat prenataal onderzoek doen

Van onze verslaggeefster Ellen de Visser, donderdag 10 november 2005

Zomaar een greep uit enkele berichten in de Volkskrant die u een stukje geschiedenis vertellen over prenatale screening. Waar moet dat naar toe, zult u zich afvragen. Een interessante vraag, niet alleen voor u maar vooral voor aanstaande ouders, voor ouders van kinderen met aangeboren afwijkingen, voor verloskundige hulpverleners, voor laboratoria, voor centra voor prenatale diagnostiek, voor verzekeraars, voor de politiek en voor nog vele anderen.

In april 2004 heeft de Gezondheidsraadⁱ aan de bewindslieden van VWS* een advies uitgebracht om alle zwangeren in het eerste trimester van de zwangerschap de combinatietest aan te bieden ter detectie van een verhoogde kans op een foetus met Downsyndroom. Dit advies is slechts ten dele opgevolgd. De staatssecretaris is van mening^{ii,iii} dat alle zwangeren die dat op prijs stellen, geïnformeerd moeten worden over kansbepalende testen, echter slechts bij die zwangeren die een verhoogd risico hebben komt het onderzoek voor vergoeding in aanmerking. De overige zwangeren kunnen de test op eigen kosten laten verrichten.

Met de goedkeuring van het Verloskundig Vademecum^{iv} hebben de verloskundige beroepsgroepen besloten tot de invoering van de tweede trimester echo, een structureel echoscopisch onderzoek, die als kwaliteitsverbetering van reguliere zorg gezien wordt.

* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Een landelijk beleid om het gehele screeningsprogramma op een verantwoorde manier te organiseren conform de door de Gezondheidsraad gestelde en door alle betrokken beroepsgroepen onderschreven kwaliteitseisen, is in ontwikkeling.^v

De KNOV* heeft haar voorkeur uitgesproken voor een organisatie waarin een duidelijke taak is weggelegd voor de eerstelijns^{vi}. Dit sluit ook aan bij het voornemen van politiek en zorgverzekeraars om de eerste lijn te versterken^{vii}.

Voordat het zover is, dat binnen elke verloskundige kring voldoende aanbod is om in een eerstelijnssetting een prenatale screening te laten uitvoeren, moet er nog veel veranderen.

Veranderen is te beschouwen als het realiseren of het mogelijk maken van (beoogde) uitkomsten. Om prenatale screening binnen de eerstelijns mogelijk te maken is een praktijkoverstijgende samenwerking een voorwaarde.

Dit leidt tot de volgende centrale vraag:

Onderzoek welke ondersteunende aanpak het beste ingezet kan worden door de KNOV zodat verloskundigen ertoe overgaan prenatale screening te implementeren in de eerstelijns.

Het onderzoek zal afgesloten worden met een aantal aanbevelingen.

Het zal u inmiddels wel duidelijk zijn dat deze scriptie draait om twee thema's: prenatale screening en veranderen. Dat zullen dan ook de onderwerpen zijn die u in elk hoofdstuk zult tegenkomen. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op het begrip en de achtergrond van prenatale screening. Ook wordt het proces van veranderen verder uitgewerkt.

Hoofdstuk drie vertelt u meer over de onderzoeksopzet, hoe en welke gegevens zijn verzameld en wat er met deze gegevens is gedaan.

De analyse van de gegevens treft u aan in hoofdstuk vier. Voor de duidelijkheid is dit hoofdstuk in twee delen gesplitst. Het eerste gedeelte heeft betrekking op de vragenlijsten, het tweede op de interviews. In hoofdstuk vijf worden de voorwaarden voor invoering van prenatale screening uitgewerkt aan de hand van de informatie uit het onderzoek. Ook wordt een analyse gemaakt van de wijze waarop verloskundigen willen veranderen. De beperkingen van het onderzoek komen eveneens aan bod. De uiteindelijke uitkomsten van het onderzoek in de vorm van een aantal aanbevelingen worden in hoofdstuk 6 uitgewerkt.

Tot slot volgt een samenvatting.

* KNOV: Koninklijke Organisatie van Verloskundigen

2 Prenatale screening, veranderen en verloskunde

Dit hoofdstuk gaat over prenatale screening, veranderen en veranderen binnen de verloskunde. Wat omvat het begrip prenatale screening en welke partijen zijn betrokken bij de uitvoering. Wat is veranderen en wat is verandermanagement. Als laatste onderdeel wordt gekeken naar veranderingen binnen de verloskunde, wat is daarover bekend.

2.1 Prenatale screening

2.1.1 Het begrip prenatale screening

Onder screening wordt verstaan^{viii}:

Onderzoek ter systematische vroege opsporing (of uitsluiting) van een ziekte, van de aanleg daarvoor of van dragerschap van een aanleg die bij het nageslacht tot ziekte kan leiden, ongeacht het type onderzoek waarmee dit wordt vastgesteld.

Er is sprake van screening wanneer het onderzoek

- zich richt op een vooraf omschreven groep mensen die zelf (nog) geen aanleiding hebben om wegens klachten, symptomen of ongerustheid geneeskundige hulp te zoeken
- plaatsvindt op initiatief ('aanbod') van het zorgsysteem.
- een systematisch karakter heeft (alle leden van de doelgroep worden er in beginsel voor uitgenodigd, of nadrukkelijk op de hoogte gebracht van de mogelijkheid er aan deel te nemen).

In het rapport van de Gezondheidsraad wordt met prenatale screening bedoeld:

Onderzoek bij zwangeren of hun partners ter systematische vroege opsporing van vrouwen of paren met een als gevolg van ziekte, aanleg, of dragerschap verhoogde kans op een afwijkende zwangerschapsuitkomst, ongeacht het type onderzoek waarmee dit wordt vastgesteld.

In deze scriptie wordt het begrip prenatale screening gebruikt ter aanduiding van kansberekenende testen op Downsyndroom (NT-meting en serumtesten) en echoscopisch onderzoek gericht op vaststelling of uitsluiting van structurele afwijkingen bij de foetus.

2.1.2 Wet bevolkingsonderzoek (Wbo)

Onder een ‘bevolkingsonderzoek’ verstaat de Wbo^{ix}: “een geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve van of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren”.

Volgens de Wbo is een vergunning vereist voor

- bevolkingsonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling
- bevolkingsonderzoek naar kanker
- bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is.

De commissie van de Gezondheidsraad oordeelt dat prenatale screening vergunningplichtig is omdat het gaat om de categorie ‘ernstige ziekten’ waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. Afbreking van de zwangerschap wordt nadrukkelijk niet beschouwd als behandeling of preventie. Toch wordt zwangerschapsafbreking genoemd^x als een zinvolle handelingsoptie voor de betrokken vrouwen na een ongunstige uitkomst van screening. Voordat prenatale screening ingevoerd kan gaan worden zal voldaan moeten worden aan de voorwaarden die verbonden worden aan de Wbo-vergunning.

2.1.3 Financiering

Volgens de laatste voorstellen van de staatssecretaris en de minister van VWS^{iii,xi} zal de eerste trimesterscreening (NT-meting en serumscreening) alleen voor vergoeding in aanmerking komen voor vrouwen met een a-priori verhoogd risico vanwege leeftijd of andere redenen. De 20 weken echo echter zal zonder beperking opgenomen worden in het basispakket^{xii}. De verzekeraars hebben middels een brief van de voorzitter van ZN*, H. Wiegel^{xiii}, aan de staatssecretaris laten weten voorstander te zijn van afschaffing van de tweedeling op aanspraak voor vergoeding en steunen daarmee het standpunt van de Gezondheidsraad. Voor de zorgverzekeraars is het opnemen van prenatale screening in de basisverzekering een stuk gemakkelijker. Wiegel stelt dat controle op medische indicatie vrijwel onmogelijk is met de invoering van de privacyregels die nodig zijn voor het nieuwe declaratiesysteem voor ziekenhuizen. Ook de beroepsgroepen zijn voorstander van opname van prenatale screening in de verzekerde zorg voor alle zwangeren zonder verhoogd risico^{xiv}. Voor zwangeren met

* ZN: Zorgverzekeraars Nederland

verhoogd risico is dit al geregeld. Door het standpunt van de staatsecretaris wordt de ongelijkheid in toegang tot de zorg in stand gehouden^{vi}.

2.1.4 Coördinatie, kwaliteit, evaluatie

In de brief van de staatssecretaris van VWS^v, Mw. C. Ross- van Dorp, van 15 september 2005 staat vermeld aan welke kwaliteitseisen de organisatievorm van prenatale screening moet voldoen. Hierin onderscheidt zij drie niveaus, te weten dat van de individuele zorgverlener, het regionaal- en het landelijk niveau. In het overleg dat de staatssecretaris heeft gehad met gynaecologen, verloskundigen, klinische genetici en het RIVM* is een voorstel voor de organisatie ingediend. Enkele aspecten van dit voorstel zullen worden uitgelicht.

Individuele zorgverlener:

- de zwangere blijft waar mogelijk onder begeleiding van een verloskundige of huisarts.
- de verloskundige of de huisarts zullen de testen ook uitvoeren, doorverwijzing geschiedt bij onvoldoende expertise.
- het geven van algemene voorlichting behoort tot goede zorg.
- deelname aan registratie en monitoring over prenatale testen op regionaal en landelijk niveau is verplicht.

Coördinatie:

- er dient een coördinerend centrum te zijn dat informatie aangeleverd krijgt van alle zorgverleners.
- het coördinerend centrum dient te controleren of er conform de richtlijnen wordt gewerkt en of aan de kwaliteitseisen wordt voldaan.
- het coördinerend centrum is verplicht informatie te verschaffen voor landelijke evaluatie en monitoring.
- alle bij de uitvoering betrokken beroepsgroepen en laboratoria moeten vertegenwoordigd zijn in het coördinerend centrum.

In het voorstel van de beroepsgroepen zal de coördinerende rol toebedeeld worden aan de centra voor prenatale diagnostiek.

* RIVM: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu

Er zal een landelijk orgaan opgericht gaan worden waarin alle betrokken partijen vertegenwoordigd zijn. Ook het vaststellen van opleidingseisen en de certificering dient landelijk plaats te vinden.

Laboratoria:

Alle bloedmonsters voor serumbepaling dienen op dezelfde gestandaardiseerde wijze behandeld te worden. Kwaliteitsborging vindt plaats op landelijk niveau, één laboratorium dient als referentielaboratorium, in het voorstel is dat het RIVM.

Wbo:

In het voorstel van de beroepsgroepen wordt uitgegaan van één vergunninghouder per regio, het coördinerend centrum. De uitvoerders opereren onder de vergunning van het centrum.

2.1.5 Betrokken partijen

Op grond van de vorige paragrafen kunnen we een overzicht maken van de betrokken partijen, elk met een eigen aandachtsgebied.

Ministerie van VWS:	Politieke besluitvorming, wet- en regelgeving
RIVM:	Referentielaboratorium, evaluatie, kwaliteit
Centra voor prenatale diagnostiek:	Coördinatie, vergunninghouder, kwaliteitsbewaking, evaluatie
NVOG*:	Uitvoering, opleiding, protocollen, tariefvoorstel
KNOV:	Uitvoering, opleiding, protocollen, tariefvoorstel
ZN:	Vergoeding, tariefvoorstel

2.2 Het proces van veranderen

De KNOV spreekt haar voorkeur uit voor een organisatievorm van prenatale screening waarin een kleine groep van verloskundige minimaal 1000 vrouwen per jaar ziet voor NT-meting en screening in het tweede trimester^{vi}. Dat heeft tot gevolg dat de uitvoering op praktijkniveau (behoudens in zeer grote praktijken) slechts kan geschieden door samenwerkingsverbanden met enkele naburige praktijken, op regionaal- of kringniveau. Dit vergt een praktijkoverstijgende samenwerking en het regionaal initiëren van screeningscentra is noodzakelijk.

* NVOG: Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie

2.2.1 Veranderen

Als eerstelijns verloskundigen op een aantal punten moeten veranderen om daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan prenatale screening, dan is het voor de KNOV interessant om vanuit het perspectief van verandermanagement naar de situatie te kijken.

De ‘Van Dale’^{xv} geeft als betekenis van het woord veranderen: anders worden (onovergankelijk werkwoord) en: anders maken. (overgankelijk werkwoord).

Beide elementen zijn terug te vinden in de definitie van verandermanagement van Keuning en Eppink^{xvi}. Zij formuleren verandermanagement als: ‘Het in korte tijd, door gerichte inspanning, een uit individuen en groepen bestaande organisatie brengen van onbewuste beleving op toestand T1 tot een bewuste beleving van een nieuwe toestand T2’.

De hierin genoemde gerichte inspanning (het anders maken) impliceert een proces van veranderen dat alleen met geplande acties tot stand komt. T1 duidt op de uitgangssituatie en T2 is de gewenste situatie (het anders worden).

Zo’n 50 jaar geleden zijn de eerste veranderkundige inzichten gepubliceerd (Lewin, driefasenmodel^{xvii}, 1951) en sindsdien zijn vele werken verschenen over de aanpak van veranderingen in organisaties en heeft men de slaag- en faalfactoren geïnventariseerd. Om beter inzicht te krijgen in veranderaanpakken die kunnen worden ingezet voor de implementatie van prenatale screening is meer literatuur onderzocht.

Voor deze opdracht zijn de volgende verandermodellen bestudeerd:

- Drie fasen model van K. Lewin.

Lewin legt het accent op gedragsbeïnvloeding van individuen en groepen

- De acht stappen voor een succesvolle grootschalige verandering van J.P. Kotter^{xviii,xix}.

Kotter typeert veranderen als een proces van zien en voelen, daarna volgt veranderen.

Hij speelt daarmee in op emotie. Het veranderproces is onderverdeeld in acht stappen.

- Anders veranderen door A.J. Cozijnsen^{xx}.

Hierin legt Cozijnsen de nadruk op slaagfactoren die worden bepaald door vier

bouwstenen, te weten: materie, gedrag, organisatiecontext en sturing. Hij gebruikt voor de sturing van deze bouwstenen zes verander v’s, deze geven aan wat er per bouwsteen moet gebeuren.

- Veranderstrategie uit ‘Verandermanagement’ van A.J. Cozijnsen en W.J. Vrakking^{xvii}.

In dit boek wordt het veranderproces gestructureerd via de stappen diagnose, visie, ontwerpen en ontwikkelen, implementeren en evalueren en continueren.

- Veranderen in vijf kleuren uit ‘Leren veranderen’ van L. de Caluwé en H. Vermaak^{xxi}. De Caluwé kijkt als het ware door een gekleurde bril naar veranderen, er zijn vijf verschillende manieren, kleuren, om naar veranderen te kijken. In het kort: geel staat voor macht, blauw voor een planmatige aanpak, rood is gericht op de mens en staat voor veranderen door prikkelen en belonen, groen is de zelflerende organisatie en met de witte kleur wordt de autonome verandering bedoeld.

Een samenvatting van de bestudeerde verandermodellen is weergegeven in bijlage 1.

2.2.2 Samenwerking

Voor de beoogde verandering, invoering van prenatale screening, is een praktijkoverstijgende samenwerking nodig^{vi}. In hoeverre is samenwerking binnen de verloskunde geformaliseerd? De beroepsorganisatie van de verloskundigen is opgedeeld in kringen, zij hebben tot taak het uitvoeren en ondersteunen van het algemene beleid van de KNOV op lokaal en regionaal niveau en het bevorderen van samenwerking. Elk lid van de KNOV wordt ingedeeld in een kring. Kringen hebben geen rechtspersoonlijkheid. Door de KNOV is een voorbeeld kringreglement opgesteld, waarin de taken van de kring beschreven zijn. Onduidelijk is hoeveel kringen met en volgens een reglement werken.

In het verloskundig Vademecum^{iv} is een apart hoofdstuk gewijd aan samenwerking.

Samenwerking is nodig omdat de moderne verloskundige zorg zoveel verworvenheden kent dat een zorgverlener deze niet kan beheersen of verstrekken. Daarnaast hebben eerste- en tweedelijns zorgverleners elk een aparte, doch vaak aanvullende deskundigheid.

Samenwerking wordt genoemd als middel om de kwaliteit van de zorgverlening te handhaven en te verbeteren. Samenwerkingsverbanden hebben tot doel afspraken te maken over de inhoud van de zorg en over de inrichting van de zorgverlening. Onder verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) wordt verstaan een multidisciplinaire structuur in de zorg voor zwangeren, barende en kraamvrouw (overleg binnen een verloskundige kring is monodisciplinair). Deelname aan een VSV is gebaseerd op vrijwilligheid en bereidwilligheid. De ondersteuningsstructuur die begin 2000 is opgezet om in- en externe samenwerking te stimuleren, de regiokantoren, is inmiddels door gebrek aan financiële middelen weer opgeheven (2004). Vanaf 2004 is een begin gemaakt met een nieuwe ondersteuningsstructuur voor de gehele eerstelijns, de ROS (Regionale Ondersteuning Structuur). Inmiddels is bijna overal in Nederland een ROS opgericht of in ontwikkeling. Na het wegvallen van de regiokantoren is de KNOV overgegaan tot het aanstellen van drie relatiebeheerders voor de eerstelijns, die ieder een deel van Nederland bestrijken. Zij zullen als belangenbehartiger de

contacten met de kringen gaan opbouwen. Daarnaast opereren nog de District Verloskundige Platforms (DVP), die zich richten op organisatie van de zorg op strategisch en beleidsmatig niveau, dit is een veel breder overlegorgaan dan een VSV.

Samenwerking wordt op vele manieren gestimuleerd, maar er is weinig gestructureerd of geformaliseerd door middel van bindende afspraken of een juridische omlijsting. Veel is afhankelijk van de individuele invulling door een persoon, kring of organisatie. Hoe dat uitpakt binnen de doelstelling van implementatie van prenatale screening is interessant om te onderzoeken. In de interviews wordt dan ook nadrukkelijk ingegaan op de samenwerking.

2.3 Veranderen binnen de verloskunde

Er is weinig literatuur beschikbaar over veranderen binnen de verloskunde.

Het Centre for Quality of Care Research (WOK), afdeling kwaliteit van zorg, heeft een evaluatie rapport geschreven over de impact en implementatie van de eerste KNOV standaard^{xxii}: de anemiestandaard, uitgebracht in november 2000. Het persoonlijk ontvangen van goede en heldere informatie bleek zeer belangrijk voor de kennis over de standaard. Het veranderingsproces ten aanzien van de opvolging van een standaard verloopt via de stappen oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud.

Er is eveneens onderzoek gedaan naar implementatie van richtlijnen en innovaties in de patiëntenzorg^{xxiii}. Daarin komt naar voren dat het klimaat voor de verandering onder andere wordt bepaald door de houding van de professionals, de organisatiestructuur en de financiële condities. Het is belangrijk dat de betrokkenen zich eigenaar van het verandertraject gaan voelen.

De publicatie 'Implementatie van kennis in de praktijk'^{xxiv} geeft een samenvatting van een onderzoeksprogramma met als doel inzicht te verkrijgen in de factoren en de methoden die van invloed zijn op een effectieve implementatie van richtlijnen, onderzoeksresultaten en nieuwe werkwijzen in de patiëntenzorg. Ook daarin wordt het belang van een goede verspreiding van voorlichting en informatie benadrukt. Een positief klimaat voor verandering is een cruciale factor, een degelijke probleemanalyse is nodig om knelpunten inzichtelijk te maken en bekend moet zijn wie de belangrijkste betrokkenen zijn in het geval dat veranderingen doorgevoerd gaan worden. Een aantal praktische aanbevelingen worden gegeven namelijk: zorg voor een enthousiaste coördinator, betrek de doelgroep, analyseer de knelpunten en barrières, zorg dat het normale werk zo min mogelijk verstoord wordt en blijf realistisch.

Tevens is een publicatie^{xxv} verschenen waarin onder meer de knelpunten bij de implementaties van innovaties bij hulpverleners worden belicht.

Hierin is onder andere een evaluatie van de invoering van intercollegiale toetsing van verloskundigen opgenomen. Ook nu weer wordt het belang van een zorgvuldige analyse van de knelpunten genoemd. Daarnaast spelen eveneens een rol de kenmerken van de doelgroep, de setting en de zorgverlener.

Alle hiervoor genoemde publicaties geven slechts zeer beperkte informatie over een mogelijk verloop van veranderingsprocessen binnen de verloskunde.

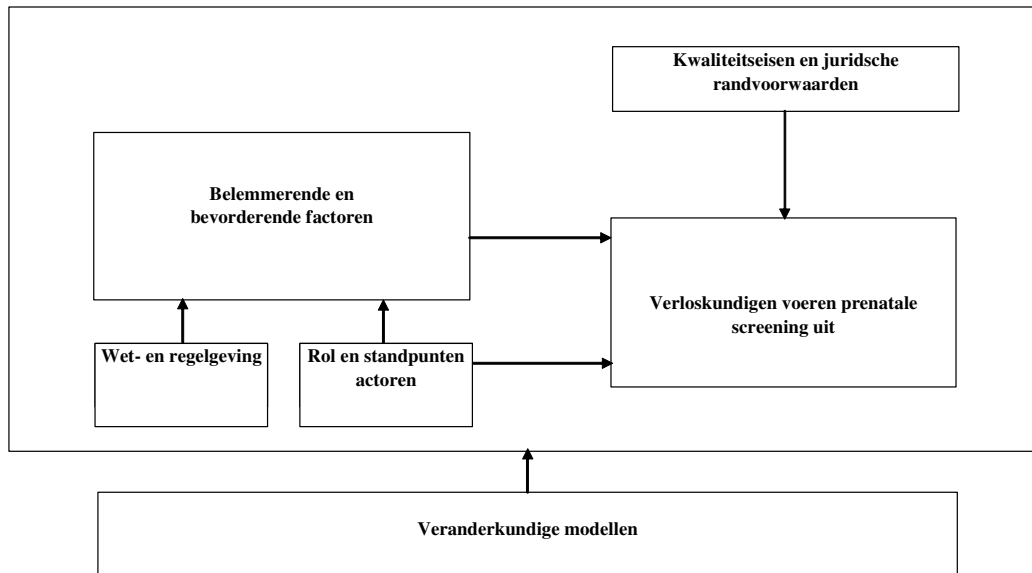
2.4 Overzicht

Het doel van de onderzoeksopdracht is de inspanning te omschrijven (de ondersteunende aanpak) die de KNOV kan leveren om de verloskundigen vanuit T1, namelijk nauwelijks prenatale screening door eerstelijns verloskundigen in een eerstelijnssetting, naar T2 te brengen, de situatie dat er wel volop prenatale screening in de eerstelijns mogelijk is. De doelstelling is om te komen tot een aantal aanbevelingen zowel instrumenteel als motiverend rondom de vraag welke instrumenten de KNOV kan aanwenden om te zorgen dat verloskundigen daadwerkelijk prenatale screening gaan uitvoeren.

Uit de voorgaande paragrafen wordt een beeld geschetst van wat er allemaal komt kijken bij het proces van implementeren van prenatale screening in de eerstelijns en welke actoren daarbij een rol spelen. Dat levert de volgende deelvragen op.

- Zijn er modellen die houvast bieden in het verandertraject waarbij prenatale screening door verloskundigen wordt uitgevoerd?
 - Op welke wijze willen verloskundigen veranderen?
- Welke factoren beïnvloeden de procesmatige kant van het invoeren van prenatale screening?
 - Belemmerende en bevorderende factoren in de huidige situatie van de verloskundigen.
 - Rol en standpunten van actoren.
 - Wet en regelgeving.
 - Kwaliteitseisen en juridische randvoorwaarden.

In een schema ziet het er zo uit:



Dit schema is gebruikt als leidraad voor de onderzoeksopzet die in het volgende hoofdstuk toegelicht wordt.

3 Het onderzoek

Langzaam neemt de nieuwsgierigheid naar de kans van slagen van het verandertraject toe. Is het wel een proces dat te sturen is, kunnen en willen verloskundigen wel veranderen, zijn er niet teveel belemmerende factoren en hoe kom je daar nu achter? Om de deelvragen uit het vorige hoofdstuk te beantwoorden is gekozen voor een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en voor een literatuurstudie. Beide komen ter sprake in de volgende paragrafen.

Onderzoeksopzet

3.1 Prenatale screening in de eerstelijns, huidige situatie

De KNOV heeft haar leden verdeeld over het land opgedeeld in elf regio's en deze regio's zijn weer onderverdeeld in kringen. Om een overzicht te krijgen van de mogelijkheden die verloskundigen nu hebben om prenatale screening aan te bieden aan hun cliënten is ervoor gekozen alle voorzitters van de verloskundige kringen, dat zijn er 61, een uitgebreide vragenlijst toe te sturen, deze is als [bijlage 2](#) toegevoegd.

Voor de toezending is gebruik gemaakt van het adressenbestand van de KNOV.

Er is voor een vragenlijst gekozen omdat daardoor de meeste informatie verkregen kon worden voor goede inventarisatie. Alle kringen konden zo benaderd worden. De respondenten hadden, naast een aantal vragen die door aankruisen te beantwoorden waren, bij een aantal onderdelen de ruimte om een toelichting te geven op hun specifieke situatie; daarvan is veel gebruik gemaakt.

Naast vragen over algemene samenwerkingsvormen is expliciet gevraagd naar (de behoefte aan) samenwerking op het gebied van echodiagnostiek tussen de praktijken en met andere partijen. Verder zijn vragen gesteld om te inventariseren welke onderzoeken met betrekking tot prenatale screening aangeboden kunnen worden aan cliënten zonder verhoogd risico, waar dit onderzoek plaatsvindt, hoe dit aanbod tot stand is gekomen en wat belemmerend of bevorderend heeft gewerkt. Tot slot is gevraagd naar de wensen op het gebied van prenatale screening, of men van mening was dat dit binnen de eerstelijns te realiseren moest zijn en of, van welke partij, op welke wijze dan ondersteuning werd verwacht.

Naar aanleiding van de antwoorden in de vragenlijsten zijn acht kringen benaderd voor een semi-gestructureerd diepte-interview.

Doel van de interviews was om informatie te verzamelen over de vragen:

- of men tevreden is over het huidige aanbod en waarom
- welke factoren bij de totstandkoming van prenatale screening als belemmerend of bevorderend zijn ervaren
- welke initiatieven tot stand zijn gekomen
- op welke wijze en welke ondersteuning is ontvangen of gewenst
- wat de invloed is van samenwerking of samenwerkingsverbanden
- hoe men wilde veranderen of veranderd worden, voorstel voor een passende aanpak

3.2 Rol en standpunten actoren

Als basis om te kijken welke partijen betrokken zijn bij de uitvoering van prenatale screening is de voorgestelde organisatiestructuur uit het advies van de Gezondheidsraad¹ gekozen zoals in het overzicht in paragraaf 2.1.5 reeds is aangegeven.

In verband met de politieke besluitvorming en het feit dat screening moet voldoen aan de Wet op het Bevolkingsonderzoek is het ministerie van VWS een belangrijke partij. Daarnaast worden genoemd de betrokken beroepsgroepen namelijk de klinisch genetici, de klinisch chemici, verloskundigen, gynaecologen, en huisartsen. Voor de totstandkoming van het tarief en de vergoedingenstructuur zijn het CTG/ ZAio en de zorgverzekeraars belangrijk.

De laatste maanden is op landelijk niveau intensief overleg gevoerd door vertegenwoordigers van bijna alle voornoemde partijen over de organisatiestructuur en kwaliteitsbewaking van prenatale screening. Deze woordvoerders zijn aangeschreven met het verzoek om een semi-gestructureerd interview te mogen afnemen. Met een woordvoerder van de volgende partijen heeft een interview plaatsgehad: KNOV, klinisch genetici, klinisch chemici (RIVM, optredend als referentielaboratorium en mede verantwoordelijk voor bewaking van kwaliteit) ministerie van VWS, ZN en NVOG.

Doel van de interviews was zicht te krijgen op:

- standpunten van de actoren ten aanzien van uitvoering van prenatale screening in de eerstelijns
- rol van de actoren met betrekking tot de uitvoering van prenatale screening
- relevante wet- en regelgeving
- kwaliteitseisen en juridische randvoorwaarden
- bevorderende en belemmerende factoren voor invoering van prenatale screening in de eerstelijns

- belangrijkste aandachtspunt voor de eerstelijns volgens actoren

3.3 Veranderen

Om te beginnen is in de literatuur gezocht naar modellen voor een veranderaanpak. Doel was om deze modellen in de interviews voor te leggen aan de vertegenwoordigers van de kringen. Wat vinden zij van de modellen, is er een model bij dat bijzonder aanspreekt voor dit verandertraject, hoe willen verloskundigen veranderen of willen ze liever veranderd worden en waar worden knelpunten vermoed? De mening van de vertegenwoordigers van de kringen treft u aan in paragraaf 4.5.

De KNOV heeft samen met de STBN* een landelijke werkgroep prenatale screening (LWPS) opgezet, doel van de werkgroep^{xxvi} is tweeledig namelijk:

- 1) het verzamelen en coördineren van informatie
- 2) het oplossen van knelpunten, ontwikkelen van organisatorische modellen en bundelen van ‘best practices’ ten aanzien van screening in de eerstelijns.

Zowel de KNOV als de STBN werken direct met (groepen) verloskundigen en hebben regelmatig te maken met verandertrajecten, samenwerkingsprojecten of het implementeren van innovaties binnen de verloskunde. Om die reden is ook de STBN benaderd voor een interview. In de interviews is gevraagd naar ervaringen met veranderingen én verloskundigen. De bestudeerde modellen zijn kort uitgelegd, er is gevraagd of deze modellen toegepast zouden kunnen worden bij verloskundigen, welke knelpunten werden voorzien en of er op grond van de eigen ervaringen een voorkeursmodel te noemen was.

3.4 Verwerking

3.4.1 Vragenlijsten

Op 18 augustus zijn door de KNOV 61 vragenlijsten rondgestuurd naar alle voorzitters van de kringen met het verzoek vóór 12 september te reageren. Op die datum waren 27 vragenlijsten retour ontvangen, dat is 44%. Naar de kringen die nog niet gereageerd hadden, is een reminder gestuurd en zo nodig nog een tweede maal. Twee kringen bleken in het geheel niet meer actief te zijn en 20 kringen hebben alsnog een vragenlijst geretourneerd. Dat brengt de totale respons op 77%.

De gegevens uit die vragenlijsten zijn ingevoerd in het statische programma SPSS. Zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevens zijn ingevoerd om een goed overzicht te krijgen,

* STBN: Stichting thuisbevalling Nederland

echter met de beschrijvende informatie zijn geen analyses gemaakt. De kwantitatieve gegevens zijn gebruikt om frequenties en vergelijkingen in kaart te brengen. Hiervoor is de chikwadraattoets gebruikt en een significantiewaarde van $p < 0,05$ aangehouden.

3.4.2 Interviews kringen

Op grond van de ingevulde vragenlijsten zijn acht kringen benaderd met het verzoek voor een interview. De selectie is gebeurd onder andere op verscheidenheid aan aanbod van prenatale screening en de wensen en plannen binnen de kring om prenatale screening te gaan implementeren. Er is geprobeerd te zorgen voor een grote variatie. Een verkort overzicht van de ingevulde vragenlijsten van deze kringen is toegevoegd als [bijlage 3](#).

Bij één kring bleek het niet mogelijk een afspraak binnen de gestelde termijn van één maand te maken vanwege drukte. Met de andere zeven is dat wel gelukt en heeft ook werkelijk een gesprek plaatsgevonden. Alle interviews zijn op tape opgenomen en later uitgewerkt, deze zijn niet ter correctie aangeboden. Van deze interviews is een letterlijk verslag uitgetypt. Dit is gedaan om zo min mogelijk informatie verloren te laten gaan en de kans op interpretatiefouten te verkleinen.

Een verkorte weergave van de interviews is als [bijlage 4](#) toegevoegd.

3.4.3 Interviews actoren

Met alle zes actoren (zie paragraaf 3.2) die benaderd zijn voor een diepte-interview, en met de STBN heeft werkelijk een gesprek plaats gehad. Het interview is met toestemming op tape opgenomen en letterlijk uitgetypt. Aan al deze gesprekspartners is aangeboden een uitgewerkt interview toe te zenden ter correctie, drie hebben hiervan gebruik gemaakt (KNOV, klinisch geneticus en het RIVM).

Een samenvatting van de interviews is als [bijlage 5](#) toegevoegd.

De planning van alle interviews treft u aan in [bijlage 6](#).

3.5 Resultaat

Alle informatie die tot nu toe verzameld is moet uiteindelijk leiden tot beantwoording van de onderzoeksvraag. Natuurlijk is niet alle informatie even relevant, maar dat wordt pas duidelijk op het moment dat van alle losse stukjes één groot samenhangend geheel gemaakt wordt.

De vragenlijsten hebben geleid tot veel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Deze zijn gebruikt voor inventarisatie van de huidige situatie (toestand op T1, zie definitie van Keuning

en Eppink) en om de bevorderende en belemmerende factoren om te komen tot T2 in kaart te brengen.

De interviews zijn gebruikt om kaders, randvoorwaarden, te kunnen vormen, om de invloed van de actoren inzichtelijk te krijgen en om te kijken welke veranderaanpak het meest zou passen (de gericht inspanning) om naar die bewuste T2 te komen.

Hopelijk zullen de vergaarde gegevens daarvoor voldoende aanknopingspunten bieden.

4 Bevindingen

Hoofdstuk vier bestaat uit twee gedeelten. In het eerste gedeelte wordt de informatie uit de vragenlijsten geanalyseerd. Het tweede gedeelte gaat in op de bevindingen uit de interviews. Veel van de informatie uit de vragenlijsten behoort tot de categorie ‘Wist u dat.....?’, informatie die u zeker niet mag overslaan. Een aantal ‘wist-u-datjes’ zal u niet onthouden worden, maar verder zullen alleen de gegevens gebruikt worden die belangrijk zijn voor het onderzoek. Dat geldt ook voor de informatie uit de interviews. Heel nadrukkelijk is gekeken naar de items die steeds opnieuw genoemd werden en die inzicht verschaffen in randvoorwaarden, naar factoren die belemmerend of bevorderend werken, of die van belang zijn voor het veranderingsproces. In de komende paragrafen komen aan bod de wist-u-datjes, vervolgens een inventarisatie van de huidige situatie op echogebied, daarna de wensen voor verandering. Aansluitend volgt deel twee van dit hoofdstuk dat ingaat op de interviews. Aan de hand van het schema aan het einde van hoofdstuk twee zullen de verschillende onderdelen besproken worden. Uit de interviews zullen een aantal interessante belemmerende en bevorderende factoren naar voren komen. Ook de voorkeur voor een veranderaanpak of -kleur zal aan bod komen.

Deel 1: De vragenlijsten

4.1 Wist u dat.....

1) De 47 kringen die de vragenlijst hebben geretourneerd omvatten 351 praktijken en in totaal ongeveer 1230 verloskundigen. Dat is een gemiddelde van 7,6 praktijken per kring met een variatie van 2 tot 21. De bezetting per kring bedraagt gemiddeld 29 verloskundigen met een variatie van 10 tot 100 (Amsterdam).

2) Gemiddeld bevinden zich 2,2 ziekenhuizen binnen het werkgebied van een kring en dat varieert van 1 (20 kringen) tot 7 (Amsterdam). 64% van de kringen heeft te maken met 1 of 2 ziekenhuizen. *Zie figuur 1*

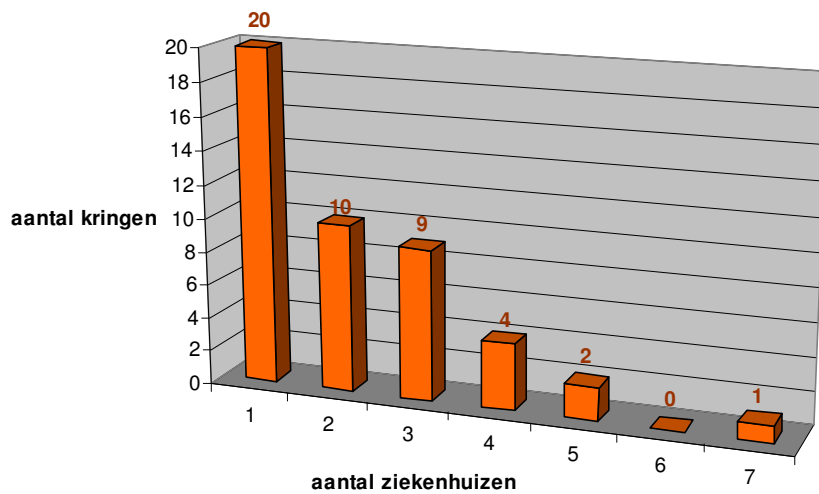


Fig 1: Overzicht van aantal ziekenhuizen per kring

3) 85% van de kringen geeft aan dat er een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) is met 2^e / 3^e lijn, hiervan heeft 1/3 deel ook nog een ander samenwerkingsverband. Eén kring heeft geen VSV maar wel een ander samenwerkingsverband, in 5 kringen (11%) is helemaal geen samenwerkingsverband. Zie figuur 2. Er is geen relatie tussen het aantal ziekenhuizen en de aanwezigheid van een VSV.

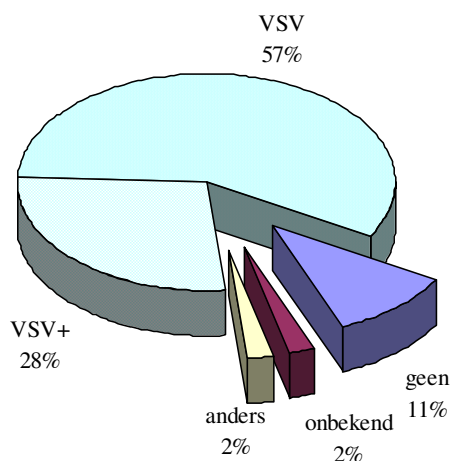


Fig 2: Overzicht van het aantal kringen met een samenwerkingsverband.

4) Van de 47 kringen hebben 19 (40%) een echowerkgroep, echter slechts bij 11 is er samenwerking op echogebied tussen de praktijken. 18 praktijken geven aan op echogebied samen te werken, maar in 9 praktijken gebeurt dit terwijl er geen echowerkgroep is.

De samenwerking op echogebied is onafhankelijk van het bestaan van een echowerkgroep (chikwadraattoets, $p=0,18$).

4.2 Inventarisatie huidige situatie op echogebied

In 40 van de 47 kringen zijn praktijken die zelf echo's maken (85%), in 21 kringen (53%) gebeurt dit in één of twee praktijken, slechts in 2 kringen worden door alle (respectievelijk 6 en 8) praktijken echo's gemaakt. Van de 7 kringen waar geen enkele praktijk echo's maakt, zijn er 5 waarvan de echo's wel in een eerstelijnssetting gemaakt worden (waarvan 4 in het adherentiegebied van het Diagnostisch Centrum Eindhoven, DCE), de echo's van de twee andere kringen worden gedaan in de 2^e lijn. De 2^e lijn maakt in nog 15 andere kringen (een deel van de) echo's. Zie figuur 3.

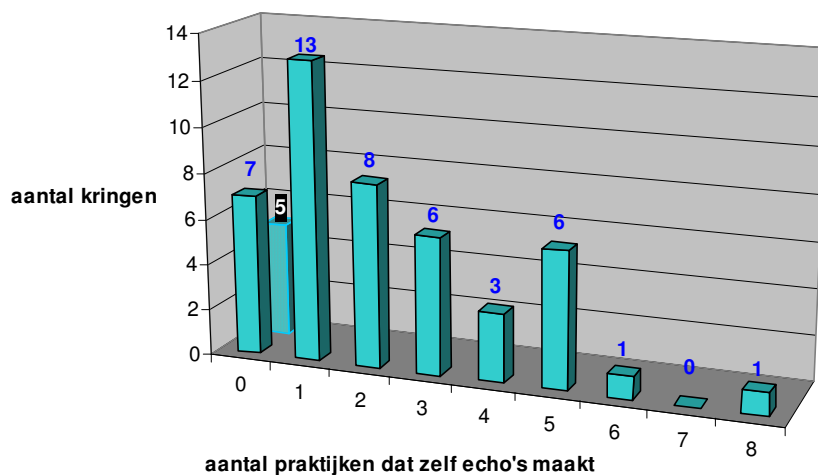


Fig 3: Overzicht van het aantal praktijken per kring dat zelf echo's maakt.

4.2.1 NT-meting

In 44 kringen (94%) kan een NT-meting aangeboden worden aan zwangeren uit de eerstelijns. Er zijn 3 praktijken waar zelf NT-meting wordt verricht en één van deze 3 doet ook een structurele echo. In 36 kringen (77%) wordt de NT-meting uitsluitend in de 2^e (en/ of 3^e) lijn uitgevoerd, in 5 kringen (11%) uitsluitend in een eerstelijnssetting (allen in het DCE).

Tot en met het jaar 2002 was het in 9 kringen (19%) reeds mogelijk een NT-meting aan te bieden, waarvan in twee de combinatietest, in 2003 én in 2004 kwamen er in elk jaar nog eens 7 bij en in 2005 alleen al nog eens 18, een toename in één jaar met 78%. Nu is het in 41 kringen (79%) mogelijk een combinatietest aan te bieden. Zie figuur 4.

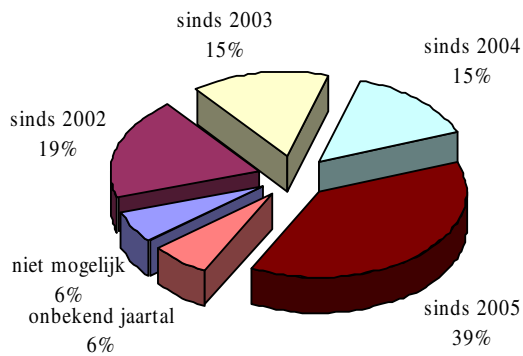


Fig 4: Aanbod NT-meting met jaartal

In de vragenlijsten is ook gevraagd naar de belangrijkste succesfactoren en de grootste knelpunten voor NT-meting. De meest genoemde antwoorden staan in *figuur 5*.

Aangedragen succesfactoren voor NT-meting	Aangedragen knelpunten voor NT-meting
Voorziet in behoefte	Certificering en bevoegdheden
Goede samenwerking	Het blijft een kanstest
Minder amnionpuncties	Financiële aspect
Toegenomen media aandacht	Ethische bezwaren
Laagdrempelig	Geen duidelijke regelgeving
Is gratis (DCE)	Informatievoorziening
Beschikbare apparatuur	Foutpositieve uitslagen

Fig 5: Overzicht succesfactoren en knelpunten mbt NT-meting genoemd in vragenlijsten

De vraag of het in de toekomst mogelijk moet zijn NT-meting binnen de eerstelijns te realiseren is door 85% bevestigend beantwoord, 4% vindt dat dit al in voldoende mate het geval is en 8,5% antwoordt ontkennend.

4.2.2 Structureel echoscopisch onderzoek (SEO)

Het is in 13 kringen (28%) niet mogelijk een structureel echoscopisch onderzoek aan te bieden aan cliënten uit de eerstelijns. In 8 kringen (17%) wordt dit onderzoek uitsluitend in een eerstelijnssetting uitgevoerd, hiervan vallen er weer 5 in het adherentiegebied van het DCE. In 24 kringen (51%) is de tweedelijns de uitvoerder van het onderzoek.

Door één kring is ingevuld dat een SEO onderzoek al mogelijk is sinds 1985 (Breda), in groot Kennemerland en de Haagse kring is dit al mogelijk sinds 1995. Tot en met 2003 was het mogelijk in 8 kringen, in 2004 kwamen er 7 bij en in 2005 16, in één jaar een verdubbeling! Nu is het in 31 kringen (66%) mogelijk een SEO aan te bieden. . Zie figuur 6.

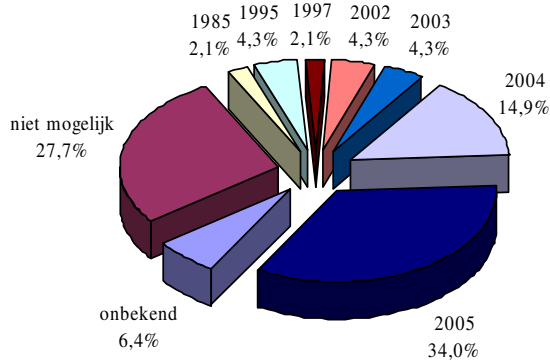


Fig 6: Aanbod SEO met jaartal

In figuur 7 vindt u een overzicht van de meest genoemde succesfactoren en knelpunten voor SEO zoals deze in de vragenlijsten zijn genoemd.

Aangedragen succesfactoren voor SEO	Aangedragen knelpunten voor SEO
Aandacht in de media	Capaciteitsprobleem (erg vaak genoemd)
Veel vraag/wens van de cliënten	Onduidelijkheid ten aanzien van tarief
Laagdrempelig, goede kwaliteit (DCE)	Verschillen in toegankelijkheid
Goed alternatief voor vruchtwaterpunctie	Voorlichting onduidelijk
Medewerking gynaecoloog	Angst voor medicalisering
Opsporen afwijkingen	Kwaliteit
Beschikbare apparatuur en opleiding	Scholing

Fig 7: Overzicht succesfactoren en knelpunten mbt SEO genoemd in vragenlijsten

De vraag of het in de toekomst mogelijk moet zijn SEO binnen de eerstelijns te realiseren is door 87% bevestigend beantwoord, 8,5% vindt dat dit al in voldoende mate het geval is en 2% antwoordt ontkennend.

4.3 Wensen voor verandering

4.3.1 Samenwerking

Er is wel een grote behoefte tot nauwere samenwerking op het gebied van echodiagnostiek binnen de praktijken (64%), 36% geeft aan dat er voldoende samenwerking is met de tweedelijns op dit gebied, 32% wil uitbreiding hiervan en 30% heeft hieraan in het geheel geen behoefte. Ook de behoefte aan samenwerking met een ondersteunende instantie op het gebied van echodiagnostiek is wisselend, bij 38% van de kringen leeft dit niet en 40% wil dit wel. Zie *figuur 8*.

Er is met behulp van de chikwadraattoets gekeken of enige vorm van samenwerking van invloed was op de samenwerking op echogebied, geen enkele p-waarde was significant (alle gevonden p-waarden > 0,05).

behoefte aan samenwerking op echogebied	Binnen praktijken		Met 2 ^e lijn		Ondersteunende partij	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Ja	22	47	13	28	15	32
Nee	11	23	14	30	18	38
Reeds voldoende	5	11	17	36	8	17
Aanwezig, doch uitbreiding gewenst	8	17	3	6	4	9

Fig 8: Overzicht van de behoefte aan samenwerking op gebied van echodiagnostiek

4.3.2 Echoaanbod

Wat betreft de NT-meting wordt in 23 kringen (49%) het aanbod voor NT-meting als voldoende gehonoreerd, 21 kringen (45%) willen verruiming van het aanbod.

Voor het SEO liggen deze cijfers iets anders: 27 kringen (57%) willen graag uitbreiding van het aanbod, 18 kringen (38%) vinden het voldoende.

Over de uitvoering van de NT-meting is 34% van de kringen niet tevreden, en voor het SEO is dit percentage 39%. Wordt het SEO door de tweedelijns gedaan dan is zelfs 51% niet tevreden. Onderstaand lijstje bevat de meest genoemde redenen van ontevredenheid:

- twijfel aan kwaliteit
- niet werken volgens protocollen
- geen goede counseling
- capaciteitsproblemen

- ondoorzichtige vergoeding/declaratie
- ongelijke toegang
- moet mogelijk zijn binnen de eerstelijns

Samengevat kan geconcludeerd worden dat er behoefte is aan meer samenwerking vooral op praktijkniveau en aan een groter aanbod van prenatale screening, het liefst in een eerstelijnssetting.

Opmerking:

De kringen uit het adherentiegebied van het DCE gaven nagenoeg allemaal aan voldoende aanbod voor NT-meting en SEO te ervaren en geen behoefte te hebben aan meer samenwerking. Dit was voor mij aanleiding om één van die kringen (Geldrop) te interviewen.

Deel 2: De interviews

Na deze informatiebundeling uit de vragenlijsten bevat het volgende gedeelte de analyse van de interviews. Om een beetje een overzicht te houden is dit opgesplitst in twee onderdelen die in elk hoofdstuk weer terugkomen namelijk: prenatale screening en veranderen. Het schema zoals dat te zien is aan het einde van hoofdstuk twee, wordt gebruikt als houvast om de onderdelen verder uit te werken. Alle informatie uit de interviews zal per onderdeel aan bod komen.

4.4 Prenatale screening

4.4.1 Uitvoering in de eerstelijns

Standpunten:

De wens tot uitvoering van prenatale screening in de eerstelijns of in een combinatieopzet eerste- tweedelijns wordt door alle kringen onderschreven. Het echo-onderzoek en de counseling zullen bij voorkeur gedaan moeten worden door eerstelijnsverloskundigen, het liefst in de eigen praktijk.

Eén kring vindt dat invoering van de eerstetrimester screening (NT-meting en serum screening) niet mogelijk is in de eerstelijns vanwege kwaliteitseisen en de benodigde laboratoriumfaciliteiten.

De actoren spreken een voorkeur uit voor kwalitatief goede screening en dan maakt het niet zoveel uit door wie het gedaan wordt. Als dat in de eerstelijns kan, dan graag. ZN is voorstander van een open markt met mogelijkheid voor concurrentie. De andere partijen

denken dat concurrentie en marktwerking zullen leiden tot versnippering en een ernstige bedreiging vormen voor de kwaliteit. VWS heeft een voorkeur uitgesproken voor uitvoering van prenatale screening in de eerstelijns^v.

Praktische uitvoering:

Er zijn nog te weinig verloskundigen geschoold in het maken van gespecialiseerde echo's zoals NT-meting en SEO. Ook het counselen gebeurt niet structureel en op dezelfde wijze. Lang niet alle gynaecologen zijn voldoende bekwaam. Voor beide beroepsgroepen geldt dat niet iedereen deze vaardigheid verder zal gaan ontwikkelen en zich zal gaan specialiseren. Wat scholing betreft moet nog een inhaalslag gemaakt worden.

In de tweede lijn zijn wel kwalitatief goede apparaten aanwezig, of het aantal voldoende is is niet bekend. De eerstelijns zal deze nog moeten aanschaffen, hiermee zijn aanzienlijke bedragen gemoeid, dat kan een financiële drempel zijn.

Wbo-vergunning.

De structuur die gevormd moet worden rond de Wbo-vergunningaanvraag is nog niet van de grond. Van geformaliseerde afspraken tussen aanbieders van prenatale screening en de centra voor prenatale diagnostiek is nog geen sprake. Op enkele plaatsen is men bezig met een vergunningaanvraag, onder andere het AZL/LMC te Leiden. De verloskundige die in een eerstelijnssetting NT-meting en SEO gaat uitvoeren per november 2005 in de regio Baarn – Soest heeft zich nog niet verdiept in een Wbo-vergunning. Volgens de beschikbare informatie zijn er diverse initiatieven om begin 2006 prenatale screening te gaan aanbieden en ook uitvoeren, echter de procedure rond de Wbo-vergunningaanvraag richt zich op invoering per januari 2007. De NVOG is voorstander van een overgangsregeling.

De wet- en regelgeving is dus nog een belangrijk aandachtspunt.

Financiering

ZN vindt dat zij te laat bij de tariefbesprekingen is betrokken. Op het moment buigt zij zich over het tarief voor de Downsyndroomscreening, het tariefvoorstel van de beroepsgroepen voor het SEO moet nog beoordeeld worden. Tot nu toe is er nog geen WTG vastgesteld tarief en zolang dat er niet is mag een verloskundig zorgverlener het onderzoek niet in rekening brengen.

De minister heeft ingestemd met opnemings van het SEO in de basisverzekerde zorg. De Downsyndroomscreening is voor mensen zonder verhoogd risico hier uitdrukkelijk van

uitgesloten. Dat leidt tot tweedeling van de zorg die noch door de beroepsgroepen, noch door ZN^{xiii} wenselijk wordt gevonden.

De beroepsgroepen zijn er voorstander van om het tarief voor de counseling los te koppelen van het tarief voor de test. Of dat ook werkelijk gaat gebeuren is nog een vraag. Hoe de financiering van de kwaliteitsbewaking gaat lopen is ook nog niet duidelijk.

Coördinatie, kwaliteit, evaluatie

Er is geen bezwaar tegen de voorgestelde keten/piramide structuur met een regionale aansturing door de centra voor prenatale diagnostiek. Alle betrokken beroepsgroepen moeten vertegenwoordigd zijn in de nieuwe organisatievorm. Initiatieven voor de opzet van deze organisatievorm zijn nog niet genomen. De eerstelijns verloskundige houdt zich nog niet echt bezig met deze overkoepelende organisatie, de KNOV is op landelijk niveau hier wel bij betrokken.

De kwaliteit zal onder andere gewaarborgd worden door het vaststellen van protocollen. Op initiatief van de NVOG zijn protocollen ontwikkeld voor de uitvoering van NT-meting en SEO, deze zijn onlangs vastgesteld. Het RIVM wacht op een opdracht van VWS voor de kwaliteitsbewaking van de laboratoriumtesten.

Er zijn nog geen richtlijnen voor een goede registratie en uitwisseling van gegevens ten behoeve van een landelijke evaluatie.

4.4.2 Informatie

De informatie over prenatale screening moet via de beroepsgroepen doordringen tot de leden. De NVOG heeft al jaren een werkgroep die de ontwikkelingen op echogebied nauwlettend volgt, de Werkgroep Foetale Echoscopie (WFE), deze werkgroep heeft een actieve rol in het opstellen van de protocollen.

Alle laboratoria zijn verenigd in een initiatiefgroep en dat bevordert de onderlinge uitwisseling van informatie en gegevens.

De KNOV heeft met de STBN de Landelijke Werkgroep Prenatale Screening opgezet. Er zijn dus verschillende landelijke ontwikkelingen om in de behoefte van informatievoorziening en ondersteuning te voorzien. Desondanks blijkt dat het kennisniveau van de kringen over prenatale screening zeer wisselend is. Soms is het voor de kringen ook niet duidelijk waar aangeklopt kan worden voor specifieke informatie of ondersteuning (KNOV, STBN, ROS, DVP, beleidsmedewerker/ relatiebeheerder KNOV, ziekenhuis, VSV, gynaecologen, huisartsenlab, verzekeraar?). De meeste vertegenwoordigers van de kringen zijn van mening

dat de KNOV zich hierin duidelijker moet profileren naar de kringen toe, niet alleen door het verstrekken van schriftelijke informatie, maar door directer contact met de kringen. Ook dit is een belangrijk aandachtspunt.

4.4.3 Belemmerende en bevorderende factoren.

Een aantal belemmerende factoren voor verloskundigen om te komen tot praktische uitvoering van prenatale screening in de huidige situatie, kunnen aan de hand van de interviews en de informatie uit de vragenlijsten in kaart gebracht worden.

- Scholing
- Financiële investering voor apparatuur en ruimte
- Onduidelijke financiering
- Aanvraag Wbo-vergunning
- Hoge kwaliteitseisen
- Capaciteitsproblemen
- Tweedeling in de zorg
- Gebrek aan samenwerking
- Belangenverschil met tweedelij, concurrentie
- Onvoldoende organisatiestructuur eerstelij
- Geen goede en heldere ondersteuningsstructuur
- Consequentie van wel of niet invoeren niet goed te overzien
- Ethische kant vanuit perspectief van de zorgverlener
- Te weinig inzet/draagvlak vanuit de kring
- Onderwerp leeft nog te weinig

Gelukkig zijn er ook nog een aantal bevorderende factoren.

- Aandacht van politiek en media
- Samenwerking beroepsgroepen
- Landelijke aanpak
- Gunstig klimaat om nu in te springen
- Mogelijkheden tot specialisatie
- Draagvlak van actoren ten aanzien van prenatale screening in de eerstelij.
- Kansen voor versterking van de positie van de eerstelij.

4.4.4 Samenvattende randvoorwaarden

Uit de interviews is gebleken dat elke beroepsgroep wel in meer of mindere mate actief is in het hele traject van prenatale screening. Toch zijn heel veel zaken (nog) niet geregeld.

Allereerst is dat de aanvraag voor de Wbo-vergunning en de voorwaarden die aan die vergunning worden gekoppeld. Als het ministerie van VWS een vergunningaanvraag heeft ontvangen, zal aan de Gezondheidsraad om advies worden gevraagd voordat er een besluit wordt genomen. Het tweede dat nog geregeld moet worden is de gehele organisatievorm van de keten/piramide structuur, alle betrokken beroepsbeoefenaren en de laboratoria zullen daarin vertegenwoordigd moeten worden.

Het volgende punt is een goedgekeurd WTG tarief, zonder dat tarief kan en mag niet gedeclareerd worden door verloskundige zorgverleners.

En last but not least: de organisatiegraad van de eerstelijns is onvoldoende, zowel een kring als een maatschap heeft geen rechtspersoonlijkheid. Om contracten aan te kunnen gaan zal ook hiervoor een nieuwe rechtsvorm gevonden moeten worden. Dat zal lastig zijn omdat verloskundigen erg gehecht zijn aan hun autonomie.

4.5 Veranderen

4.5.1 Veranderproces

Allereerst is het interessant te kijken naar wat de twee partijen die regelmatig te maken hebben met veranderingen binnen de verloskunde in hun interview te zeggen hebben over het veranderproces. Daarna worden de interviews van de kringen erbij betrokken.

De KNOV wil de LWPS gebruiken voor ondersteuning en het in kaart brengen van 'best practices', waardoor verloskundigen gestimuleerd moeten worden. Verder zou de KNOV inzetten op een goede leidende coalitie, dat zou de verzekeraar kunnen zijn of de top van de piramide in de voorgestelde structuur. Verloskundigen laten zich (volgens de woordvoerder dan de KNOV) het best veranderen met een gele en blauwe aanpak, van allebei iets. KNOV is meer geel.

De STBN is van mening dat prenatale screening ondanks alle informatievoorziening nog niet voldoende leeft in de kringen, er zijn nog teveel plaatsen waar niets gebeurt. Urgentiebesef is er wel, maar nog niet voldoende. KNOV/STBN zouden kunnen optreden als leiders. Het contact met het veld moet verbeterd worden. KNOV moet dichterbij de regio's proberen te komen. Er zou een soort handboek moeten komen met modellen voor de aanpak van prenatale screening in de eerstelijns. Het zou goed zijn over de concurrentiegevoelens heen te stappen. Eerst een visie ontwerpen om bij alle stappen een goede afweging te maken lijkt een goede

aanpak (Cozijnsen). Er wordt dan wel een groot appèl gedaan op de veranderingsgezindheid. Wat kleur betreft is de KNOV (volgens de woordvoeder van de STBN) meer blauw en groen en de STBN meer geel en rood.

De kringen zijn van mening dat er alleen veranderd zal worden als de samenwerking en de input van de kring sterk verbeteren. Toch is het niet zo dat bij een sterk georganiseerde en goed geïnformeerde kring (Almere) prenatale screening vanzelf opgepakt wordt. Een actievere rol van de KNOV is gewenst met name dichtbij de kringen. Urgentiebesef is wisselend, over de leidende coalitie wordt verschillend gedacht. Meestal is men van mening dat die uit de eigen kring moet komen met ondersteuning van een tweede partij, het moet wel een krachtig persoon zijn. Cozijnsen klinkt ingewikkeld en lijkt een lang proces waardoor de interesse wegebt. De voorkeurskleur om te veranderen is rood, prikkelen spreekt erg aan en voorbeelden stellen, met ook een randje groen, ontwikkelen door zelf te leren. Daarnaast een tintje geel en een beetje blauw. Eén kring geeft de voorkeur aan de kleur wit.

4.5.2 Samenwerking

Alle actoren en ook de kringen noemen de samenwerking als een heel belangrijk aandachtsgebied. Hierbij gaat het om monodisciplinaire samenwerking maar ook met andere beroepsgroepen met name tweede- en derdelijn. De meerwaarde van samenwerking moet uitstijgen boven het eigenbelang. Tot nu toe blijkt de samenwerking erg divers en weinig gestructureerd ondanks het hoge percentage kringen met een VSV. Op kringniveau is de samenwerking meestal beperkt tot een waarneemregeling. Welke juridische vormen hierin gekozen kunnen worden is nog onduidelijk.

4.5.3 Verandermodellen

Wat het meest naar voren is gekomen zijn de begrippen urgentiebesef en leidende coalitie, een visie en een plan ontwikkelen, prikkelen, voorbeelden stellen en de veranderkleur rood. Het verandertraject mag niet te ingewikkeld zijn of te lang duren. Overzichtelijke stappen werken het beste met input vanuit de eigen geledingen. Wel is een overzichtelijke ondersteuningsstructuur nodig, zodat duidelijk is waar welke informatie gehaald kan worden.

Wellicht duizelt het een beetje zo aan het einde van hoofdstuk vier van alle informatie uit de vragenlijsten en interviews die naar boven is gekomen. Natuurlijk wijzen niet alle gegevens en meningen slechts in één richting. Het is misschien wel zoals de kleuren, een beetje blauw, een beetje geel, veel rood, een tintje groen en een randje wit. Genoeg om een hele regenboog

van te maken. Het wordt interessant om te kijken of met mengen een overheersende kleur boven komt of dat een geheel nieuwe kleur gaat ontstaan.

5 Verloskundigen voeren prenatale screening uit

Kunt u zich de krantenkoppen uit de Volkskrant nog voor de geest halen die aan het begin van de scriptie aangehaald zijn?

Eén ervan luidde een uitgebreid artikel in op de tweede pagina, even een opfrisser:

de Volkskrant

Verloskundige gaat prenataal onderzoek doen

Van onze verslaggeefster Ellen de Visser, donderdag 10 november 2005

De tekst van het volledige artikel kunt u lezen in [bijlage 7](#).

Het uiteindelijke doel van deze scriptie is om te bereiken dat de KNOV de aanbevelingen ook werkelijk gaat toepassen en dat een groot deel van de verloskundigen, na specialisatie, prenatale screening gaat invoeren als onderdeel van hun verloskundige basiswerkzaamheden, zodat het feit op zich geen nieuwsitem meer is.

Wat nu volgt is een analyse van de bevindingen. Alle informatie uit hoofdstuk vier wordt geïnventariseerd, gewikt en gewogen en uiteindelijk gekneed en omgevormd tot aanbevelingen. Ook nu worden weer twee onderdelen onderscheiden die in dit hoofdstuk apart worden belicht: prenatale screening en veranderen. Samengevoegd moeten deze twee gaan leiden tot implementatie van prenatale screening in de eerstelijns.

Allereerst komt aan bod welke maatregelen het gemakkelijker maken prenatale screening ook werkelijk te gaan uitvoeren en in het tweede onderdeel wordt het in gang zetten van het veranderingsproces belicht. Dan volgt er nog een stukje over de beperkingen van het onderzoek in relatie tot de gevolgde werkwijze. Aan het einde volgt een samenvatting van wat de informatie uit het onderzoek heeft opgeleverd en een suggestie voor de verloskundigen in de eerstelijns

5.1 Voorwaarden voor prenatale screening.

Ook nu wordt het schema uit hoofdstuk twee weer gebruikt als kapstok om de verschillende aandachtspunten op een overzichtelijke wijze weer te geven.

5.1.1 Belemmerende factoren

Het gaat hier om die factoren die van invloed zijn op de praktische invoering van prenatale screening voor eerstelijns verloskundigen. Een groot deel is aangedragen in de vragenlijsten en de interviews en is ook genoemd in paragraaf 4.4.3

Scholing

Uitgaande van 200.000 zwangeren per jaar in Nederland, waarvan 80-85% start in de eerstelijns en waarvan 50% kiest voor NT-meting en 90% voor het SEO, komt een ruwe berekening uit op een aantal van twee à driehonderd benodigde echoscopisten. In het KNOV-register staan 439 verloskundigen als echoscopist geregistreerd^{xxvii}, daarvan is 75% niet bevoegd voor NT-meting en SEO^{xxviii}; de meeste werken 1-8 uur per week als echoscopiste. De basis cursus echoscopie, georganiseerd door het opleidingscentrum UMC Utrecht, die overigens niet opleidt voor NT-meting en SEO, is ieder jaar overtekend. De belangstelling onder de verloskundigen is groot, de capaciteit te gering.

In de eindschrijft van A. Beuckens voor de masteropleiding in 2004 is een van de aanbevelingen: Scholing op de vroedvrouwschool voor het diagnostisch gebruik van de echoscopie (de eenvoudige echo's) en daarnaast: Een brede echo-opleiding (specialisatie) voor de complexe echo's. Ik kan deze aanbevelingen alleen maar onderschrijven en opnieuw onder de aandacht brengen. De Vroedvrouwschool te Maastricht is inmiddels begonnen met de integratie van een echo-opleiding in de reguliere scholing. Dit is echter nog maar de basis, erg belangrijk maar niet genoeg. Bovendien duurt het enkele jaren voordat alle afgestudeerden deze aanvulling ook werkelijk in hun pakket hebben zitten.

Willen we op korte termijn over voldoende specialistisch geschoolde verloskundigen beschikken dan zal de incompany cursus STBN, KNOV in samenwerking met Fontys^{xxvi} voor NT-meting en SEO zoals deze in september 2005 als pilot in Nijmegen gestart is, snel en flink uitgebreid moeten worden.

Ook deze cursus was bij de eerste inschrijving overtekend, een signaal dat er zeker een behoefte is onder de huidige verloskundige-echoscopisten.

Scholing in counselen

De initiële opleidingen hebben een cursus van 1,5 dagdeel ontworpen om verloskundigen bij te scholen in counselen, waarmee in november van dit jaar een begin is gemaakt. Ook TNO heeft een 2-daagse cursus samengesteld. Verder zijn er nog enkele initiatieven op regionaal- of kringniveau via het centrum voor prenatale diagnostiek in de regio.

Een goede counseling gaat vooraf aan de test. Nagenoeg iedere zwangere zal gecounseld moeten worden, slechts een kleine groep zal op voorhand geen informatie willen (geschat wordt hooguit 5%). Vanuit de vragenlijsten en de interviews van de kringen is naar voren gekomen dat men de counseling het liefst in de eigen praktijk wil gaan doen op uniforme wijze. Dat betekent dat vrijwel elke verloskundige werkzaam in een eerstelijnspraktijk een counselingcursus zal moeten gaan volgen. In 2004 waren er zo'n 1250 vrijgevestigde verloskundigen^{xxix}, daarbij zijn de verloskundigen in loondienst in een eerstelijnspraktijk en de waarnemers niet meegerekend. Aangezien ook de gesprekstechniek, de vaardigheid counselen, geoefend zal worden, zullen de groepen niet al te groot kunnen zijn. Dat heeft weer tot gevolg dat er in korte tijd zeer veel cursussen van start moeten gaan, met name in die regio's waar plannen ontwikkeld worden om in de eerste helft van 2006 te starten met prenatale screening, om niet achter de feiten aan te lopen. Wellicht is het een idee om aan iedere echocursus meteen een counselingcursus te koppelen.

Wbo vergunning

De centra voor prenatale diagnostiek zullen een Wbo-vergunning aan moeten vragen. Er is inmiddels in het landelijk overleg tussen de beroepsgroepen een modelaanvraag opgesteld. Na herziening zal deze voorgelegd worden aan het ministerie van VWS. Over de organisatie van de (toekomstige) aanbieders van prenatale screening wordt nog gediscussieerd.

De centra voor prenatale diagnostiek zullen een contract aangaan met de echocentra waarin prenatale screening wordt uitgevoerd, geëxploiteerd door een organisatie, rechtspersoon, partij. Het is niet logisch dat met elke individuele verloskundige die de echo's voor de screening gaat doen, een contract wordt aangegaan. Het contract zal worden gesloten met het echocentrum en de verloskundigen zullen zich moeten gaan organiseren om een centrum op te kunnen richten. Er zal onderzoek gedaan moeten worden naar een passende juridische structuur, wellicht met enkele varianten die recht doen aan de verscheidenheid aan mogelijke organisatievormen. Deze varianten kunnen dan gebruikt worden als modellen, waarbij de kring/groep verloskundigen het model kan kiezen dat het beste past binnen de regionale situatie.

Investeringskosten

Voor het aanschaffen van apparatuur, de huisvesting en het beheer van een centrum zijn aanzienlijke investeringen nodig. Investeringskosten die individueel niet gedragen kunnen worden. De investeringskosten voor een eerstelijns echocentrum op basis van 1500 echoscopische

onderzoeken per jaar (NT-meting en SEO) worden begroot op tenminste 215.000 euro^{xxvi}. Dit bedrag is dusdanig hoog dat ook voor een samenwerkingsverband van enkele verloskundigen een dergelijke investering een enorm hoge drempel is. Omdat het door de beroepsgroepen voorgestelde en onderbouwde tarief nog niet is goedgekeurd, kan ook nog niet berekend worden in hoeveel tijd of met hoeveel verrichtingen een dergelijk grote investering terug verdiend kan worden.

Dit probleem vraagt om creatieve oplossingen. Een optie zou kunnen zijn om via een ondersteunende organisatie, bijvoorbeeld een huisartsenlaboratorium, gezondheidscentrum of STBN, de financiële risico's uit te besteden of te delen. Misschien zijn verzekeraars bereid om een financiële bijdrage te leveren of een gemeente of een bank. Natuurlijk is het ook mogelijk ondersteuning te zoeken bij het regionale ziekenhuis of het academisch medisch centrum. Toch blijft dan de vraag welke voorwaarden verbonden worden aan het (gedeelde) financiële risico en of dit dan wel samengaat met een organisatie waar de regie en de uitvoering voornamelijk bij de eerstelijns ligt.

Een heel andere optie zou kunnen zijn dat er een nieuwe landelijke organisatie komt, gesteund door en op initiatief van de KNOV, een soort overkoepelende organisatie, die met name het financiële gedeelte voor eerstelijns echocentra gaat regelen en waar dan als het ware aangehaakt kan worden, een soort franchise constructie. Als het centrum eenmaal goed draait zou overname door de eerstelijns mogelijk moeten zijn als daar behoefte aan is. Vanzelf zullen goede afspraken gemaakt moeten worden over organisatievorm, samenwerking, regie, coördinatie en financiële aspecten. Het zou een soort STBN kunnen zijn maar dan speciaal voor eerstelijns echocentra. Er ontstaat een voordeel door schaalgrootte, waardoor een betere onderhandelingspositie, en spreiding van de risico's.

Het zou interessant zijn dit idee verder uit te werken.

Kwaliteit

Om goede kwaliteit te kunnen garanderen zijn de volgende aspecten van belang: de deskundigheid en vaardigheid van de echoscopisten, de kwaliteit van het echoapparaat met goede hard- en software, een goed functionerend registratie-, verwijzing- en evaluatiesysteem en het opstellen van protocollen. Deze laatste onderdelen zullen op landelijk niveau geregeld moeten worden. Wat betreft de deskundigheid en vaardigheid van de echoscopisten zijn scholing en schaalgrootte van belang. Scholing is al eerder aan de orde geweest. De schaalgrootte heeft te maken met de praktijkoverstijgende samenwerking. De kwaliteit van het echoapparaat is een kwestie van investeren.

De kwaliteit is dus afhankelijk van geld, samenwerking en afspraken op landelijk niveau.

5.1.2 Informatie

Eén van de genoemde belemmerende factoren is: ‘Geen helder zicht op de consequenties van het wel of niet invoeren’. Hieruit blijkt onder meer een gebrek aan informatie.

Als de consequenties van het wel of niet invoeren van prenatale screening niet te overzien zijn heeft dit zijn weerslag op het urgentiebesef en op het draagvlak. Waar zitten knelpunten en waar liggen kansen? Wat betekent het voor de samenwerking op praktijkniveau, welke voor- en nadelen zitten hieraan vast, vooral op de lange termijn? Hoe zit het met de samenwerking versus concurrentie eerstelijns – tweedelijns? Op welke wijze kan nog meer gebruik worden gemaakt van de samenwerkingsvorm. Slechts een paar vragen...

In het Tijdschrift voor Verloskundigen is sinds begin dit jaar het onderwerp prenatale screening bijna maandelijks goed geweest voor een uitgebreid artikel. De tussenrapportage van de LWPS is naar alle kringvoorzitters gestuurd. Type op de website van de KNOV onder zoeken het woord prenatale screening in en je bent wel een middagje zoet met lezen (op 22 november 133 matches). Blijkbaar is deze vorm van informatie voorziening toch nog te algemeen en verwacht men meer uitleg over de situatie in de eigen kring of regio.

Uit één van de onderzoeken van het WOK^{xxii} is ook naar voren gekomen dat het persoonlijk ontvangen van informatie zeer veel bijdraagt aan de kennis over het onderwerp. Dat zou voor prenatale screening ook wel eens op kunnen gaan, een persoonlijke benadering heeft meer effect. Of zoals één van de verloskundige het verwoordde tijdens het interview: ‘De KNOV moet meer de boer op, er moet een soort roadshow komen.’ Misschien is dat helemaal geen gek idee: een rondje langs de kringen met uitleg, voorbeelden, organisatievormen, ‘best practices’, veel ruimte voor vragen, maar ook een overzicht met wat er gebeurt of wat je laat liggen als je als eerstelijns prenatale screening niet oppakt. De KNOV zou een aantal ‘als...dan...’ situaties kunnen uitwerken. Daarnaast kan een soort wegwijzer gemaakt worden met een overzicht waar gezocht kan worden naar informatie. Dit zal wellicht een stimulans zijn om ook werkelijk te gaan zoeken en vaak leidt dat wel haast vanzelf tot een vervolg. Een andere ingang is de structuur van de KNOV en andere ondersteunende organisaties zoals ROS en STBN in een schema weer te geven, zodat men weet waar men terecht kan bij specifieke vragen. Na de opheffing van de regiokantoren mist men een herkenbaar aanspreekpunt, letterlijk en figuurlijk dichtbij de kringen.

5.1.3 Juridische randvoorwaarden

De Wbo-vergunning is in eerdere paragrafen al ruim aan bod geweest. Ook is al genoemd dat de landelijke organisatievorm nog verder uitgewerkt moet worden.

Wat overblijft is de organisatievorm van de verloskundigen. Tot nu toe is de maatschapvorm de meest gebruikte constructie om een samenwerking tussen verloskundigen te formaliseren. Een maatschap heeft geen rechtspersoonlijkheid en zal binnenkort gaan verdwijnen^{xxx, xxxi}, een vennootschap komt daarvoor in de plaats. Als er dan toch veranderingen komen in de rechtsvorm is dit wellicht een uitgelezen moment om ook eens dieper in te gaan op rechtsvormen voor een geformaliseerde samenwerking tussen praktijken of in kringen. Prenatale screening is het eerste project waarvoor een praktijkoverstijgende samenwerking een noodzaak is. In de toekomst zal een geformaliseerde samenwerking misschien in veel meer opzichten een voordeel kunnen zijn, denk hierbij bijvoorbeeld aan preconceptiezorg of versies van stuitligging op kringniveau. Taakverbreding en –verdieping, specialisatie binnen de beroepsgroep zijn taken die niet genegeerd kunnen worden als een sterke positie van de eerstelijns behouden moet blijven en er geen overschot moet gaan ontstaan aan verloskundigen^{xxxii}. Ook om die reden is het juist aan te bevelen te investeren in onderzoek naar een sterke organisatievorm.

In de voorgaande paragrafen zijn de knelpunten onder de loep genomen en is al enigszins aangegeven in welke richting een oplossing gezocht kan worden. In het volgende hoofdstuk worden deze eerste ideeën uitgewerkt in aanbevelingen op het gebied van scholing, informatie, investeringen en organisatie.

5.2 Veranderen of veranderd worden

Veranderen van professionals is niet eenvoudig. Ze hechten aan autonomie, weten zelf het beste hoe ze hun vak moeten uitoefenen, ze identificeren zich meer met het beroep dan met de organisatie, leren zelf door te doen, geven eigen richting aan en zijn wars van de drie B's: bureaucratie, bazen en beleid^{xxi}. Hieruit blijkt dat je niet moet proberen professionals te veranderen als ze er zelf niet achter staan, ze willen wel veranderen maar niet veranderd worden. Dat is een heel belangrijk uitgangspunt voor het veranderproces dat moet leiden tot invoering van prenatale screening.

5.2.1 Veranderen met kleuren

Uit de interviews wordt de kleur rood het meest aangedragen als voorkeur. Een rood

veranderingsproces speelt in op de mensen, op HRM, op taakverrijking en verbreding, aanspreken en prikkelen, beoordelen en belonen^{xxi}. Extrinsieke motivatie van mensen is belangrijk evenals het klimaat, sfeer, cultuur en gedrag. Volgens De Caluwé horen bij een bepaalde organisatiekleur competenties van de veranderaar die in overeenstemming zijn met die kleur. Voor rood zijn dat onder meer organisatiekunde, HRM methoden, werken in teams, motiveren en overtuigen, zorgvuldigheid, betrouwbaarheid, besluitvaardigheid, loyaliteit, vertrouwenwekkend en inzet.

Er zijn ook een aantal aspecten van de andere kleuren genoemd. Na rood sprak groen het meeste aan en wel het zelf leren. Dit proces is wat moeilijker te sturen omdat het afhankelijk is van de vermogens tot leren en inzicht in het leerproces. Een spiegel voorhouden zou wellicht wel goed werken, de ‘als..dan...’ situatie schetsen. Geel werd genoemd in het licht van een krachtige leider, coördinator, ondersteuner maar het liefst uit de eigen geledingen. Blauw was een optie aanvullend aan het rode traject, als iedereen gemotiveerd was dan moest er een plan op tafel komen. Wit werd aangehaald omdat de essentie van veranderen van binnenuit diende te komen, een verandertraject kan niet opgelegd worden, de verloskundigen zullen het zelf moeten doen. Of er dan wel voldoende resultaat te verwachten is is niet duidelijk.

KNOV voelt meer voor veranderen in geel en blauw en zou dus als veranderaar niet zo passen. STBN kiest meer voor geel en rood. Dit komt beter overeen met de ideeën die de verloskundigen zelf hebben. Helaas werden beide organisaties niet genoemd als voorkeur voor een leidende rol, wel voor een ondersteunende rol.

5.2.2 Veranderen volgens Cozijnsen

Cozijnsen kiest in zijn verandermodellen voor een gestuurde en planmatige aanpak, zeer gestructureerd, veel stappen. Dat spreekt verloskundigen niet aan, ze vinden het traject te omslachtig en te lang duren, waardoor motivatie en inzet zullen wegzakken. Bovendien komt het over als teveel van boven opgelegd.

5.2.3 Veranderen met Kotter

Een aantal aspecten die in de interviews genoemd zijn passen goed in de acht stappen voor een verandering van Kotter. Allereerst urgentiebesef, dat is er wel, maar nog niet voldoende. Ook een goede interne leider is naar voren gebracht en het prikkelen met voorbeelden (successen laten zien). Een visie is wel degelijk ontwikkeld door de KNOV maar niet altijd voldoende en op een effectieve wijze gecommuniceerd. Wat heel duidelijk naar voren is

gekomen is, dat de wens tot veranderen van binnenuit moet komen, en dat sluit perfect aan bij de kern van veranderen volgens Kotter. Het is een proces van zien, voelen en veranderen.

5.3 Samenvattende analyse

De meest opvallende resultaten uit de kwantitatieve analyse waren:

- het grote aantal kringen waar slechts door één of twee praktijken werd geëchood
- de welhaast explosieve groei van het aanbod aan prenatale screening in het afgelopen jaar
- de behoefte aan meer samenwerking
- de wens meer aanbod van prenatale screening binnen de eerstelijns
- de ontevredenheid over de uitvoering van de screening in de huidige setting
- de vrijwel unanieme mening dat prenatale screening (in de toekomst) mogelijk moet zijn binnen de eerstelijns.

De kwalitatieve analyse heeft meer inzicht verschaft in de belemmerende en bevorderende factoren wat betreft praktische uitvoering, maar ook op het gebied van de randvoorwaarden. Voor een aantal van deze factoren is al een voorzichtige suggestie gedaan die zou kunnen leiden tot een verbetering.

De rol en de standpunten van de actoren in het proces van invoering van prenatale screening in de eerstelijns zijn ook naar voren gebracht. Er is geen enkele partij die op dit moment invoering van prenatale screening in de eerstelijns uitsluit, integendeel, de eerstelijns wordt nadrukkelijk genoemd als een uitvoerende partij en onderdeel van de organisatiestructuur.

In de interviews met de kringen, de KNOV en de STBN zijn de verandermodellen besproken. Dit heeft inzicht gegeven in de wijze waarop de verloskundigen willen veranderen. De uitkomst heeft geleid tot een inkleuring volgens het model van de Caluwé en wel met de kleur rood als overheersende kleur en een plan van aanpak volgens Kotter: zien, voelen, veranderen. Dit wordt verder uitgewerkt in de aanbevelingen in hoofdstuk zes.

Uit de interviews met de actoren is heel duidelijk de bereidheid tot samenwerken naar voren gekomen en de eensluidende ondersteuning van de voorgestelde structuur en kwaliteitseisen. Het gezamenlijke overleg dat op initiatief van de NVOG gestart is, heeft hier zeker een positieve bijdrage aan geleverd. De KNOV is er in geslaagd de plaats en de rol van de eerstelijns op de kaart te zetten en zich te profileren als een vertegenwoordiger van een partij die niet over het hoofd gezien mag worden. Hiervoor verdient de directeur, Jos Becker Hoff,

dan ook een terecht compliment. Als de nieuwe keten/piramidestructuur geformaliseerd is, is dat meteen een stap voorwaarts in de samenwerking tussen de beroepsgroepen. Tot nu toe is ieders werkterrein redelijk nauwkeurig afgebakend met verloskundige indicatielijsten omschreven in het verloskundig vademecum. Misschien is dit ook wel het moment om die tussenmuurtjes op meer gebieden te verlagen en elkaar niet als concurrent maar als partner te zien, gelijkwaardig en elkaar aanvullend.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

5.4.1 De vragenlijsten

Een respons van 77% op de vragenlijsten is hoog te noemen, dat komt de validiteit van de gegevens ten goede. Echter een paar kanttekeningen zijn wel op zijn plaats. Twee kringen zijn in het geheel niet actief. Er is absoluut geen zicht op wat de mogelijkheden zijn voor prenatale screening in die regio's, hoe hierover gedacht wordt en of men op de hoogte is van de huidige ontwikkelingen. Het zal erg lastig zijn deze kringen van informatie te voorzien en te betrekken in het proces.

Eveneens is het de vraag waarom een aantal kringen de vragenlijst niet heeft teruggestuurd, wellicht is er geen interesse voor dit onderwerp en dan zal het een flinke klus worden deze kringen te overtuigen met de eerste stap van Kotter: het zien en voelen van de urgentie.

Op de vragenlijsten die wel zijn ingestuurd heeft een aantal verloskundigen toegevoegd dat de persoon die de vragenlijst heeft ingevuld niet altijd even goed op de hoogte is hoe andere praktijken in de kring bepaalde zaken hebben geregeld. Ook was het soms niet duidelijk of de visie door een ieder binnen de kring werd gedeeld. Dit was juist van toepassing op kringen die weinig onderlinge samenwerking vertoonden of waarvan de inzet van de individuele leden zeer wisselend of matig werd genoemd. Dit is natuurlijk geen goede uitgangspositie als juist de praktijkoverstijgende samenwerking zo nodig is.

5.4.2 De interviews met de kringen

De kringen die voor een interview zijn benaderd, zijn vooral geselecteerd op basis van variatie. Er is onder meer gekeken naar verschil in verstedelijking, in grootte, in samenwerking en de mogelijkheid om echo's te maken in de kring. Op het gebied van prenatale screening is gekeken naar de huidige situatie, interesse (in welke mate leeft het onderwerp), de plannen of initiatieven en de setting (eerste-tweedelij).

Als de verscheidenheid de doorslag heeft gegeven voor de selectie zijn de gegevens natuurlijk niet te generaliseren, maar dat was ook niet de opzet. Het geeft vooral een interessant beeld van de verschillende mogelijkheden en wensen binnen de eerstelijnsverloskunde.

5.4.3 De interviews met de actoren

De actoren die benaderd zijn met een verzoek voor een interview, zijn geselecteerd op grond van de invloed die zij kunnen uitoefenen op het proces van invoering van prenatale screening in de eerstelijns. Voor de partijen die niet benaderd zijn, zoals bijvoorbeeld huisartsen, kinderartsen en VSOP*, geldt dat zij toch minder van belang zijn in dit eerstelijnsstraject. VSOP heeft wel een rol in het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal. Omwille van de overzichtelijkheid zijn keuzes gemaakt, de actoren zijn niet willekeurig gekozen, maar keuzes zijn altijd wel te betwisten.

5.5 Veranderen en verloskundigen

In hoofdstuk twee is al een paragraaf gewijd aan veranderen binnen de verloskunde. De bevindingen uit de onderzoeken van het Centre for Quality and Care Research, namelijk goede verspreiding van informatie, analyse van de knelpunten, de betrokkenen moeten zich eigenaar van het traject gaan voelen, komen erg overeen met wat de verloskundigen zelf aandragen. Ook dat de verandering van binnenuit moet komen. Verloskundigen kunnen en willen veranderen, maar niet veranderd worden. Volgens voornoemd onderzoeksinstituut verloopt de verandering volgens de fasen oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. De eerste drie vertonen overeenkomsten met de stappen urgentie, visie, draagvlak van Kotter. De praktijkervaringen passen dus binnen die theorie.

In paragraaf 4.4.3 zijn een aantal bevorderende factoren voor het invoeren van prenatale screening genoemd. Aan mijn vakgenoten zou ik dan ook mee willen geven als suggestie: neem deze uitdaging aan, hier ligt een kans. De taakverbreding en specialisatie zorgen voor nieuwe doorgroeimogelijkheden binnen ons vak. Laten we die benutten om voor nu en in de toekomst voor onszelf en alle aankomende collega's verzekerd te zijn van een sterke eerstelijns. Gebruik de prenatale screening als opstapje naar nieuwe mogelijkheden met nieuwe samenwerkingsvormen. Natuurlijk zijn er knelpunten en moet er nog veel geregeld worden, maar het klimaat is gunstig en je moet het ijzer smeden als het heet is.

* VSOP: Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties

6 Het advies: welke aanpak kan het beste ingezet worden?

In dit laatste hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord: *Welke ondersteunende aanpak kan het beste ingezet worden door de KNOV zodat verloskundigen ertoe overgaan prenatale screening te implementeren in de eerstelijns?*

Dit beleidsadvies is opgebouwd uit de volgende onderdelen. Allereerst worden de knelpunten onder de loep opgenomen en volgen een aantal suggesties om die aan te pakken. Dat resulteert in een aantal inhoudelijke aanbevelingen op het gebied van scholing, informatie, investering en organisatie. In het tweede deel wordt het verandertraject in beschouwing genomen en volgen veranderkundige adviezen.

Deel 1: Inhoudelijke adviezen

6.1 Scholing

De KNOV is van mening dat de verloskundigen bij voorkeur een uitvoerende rol moeten gaan vervullen in het traject van de prenatale screening^{xxvi}. Een eerste vereiste is dan ook voldoende verloskundigen die deze taak, het maken van de echo's, kunnen uitvoeren. Dit is nog lang niet bereikt. Het maken van echo's ten behoeve van prenatale screening wordt gezien als een aparte specialisatie. Specialisatie houdt in zich op een bijzondere manier ontwikkelen, zich ergens verder in bekwamen, daaraan ligt een basis ten grondslag. De basis voor de echodiagnostiek zal al moeten beginnen in de basisopleiding voor verloskundigen. Interesse in en affiniteit met het maken van echo's komt zo in een vroeg stadium al naar voren. Inzetten op scholing lijkt ook zo voor de hand liggend; het is niet duidelijk waarom daar niet al veel eerder actie op is ondernomen. Wellicht zou onderzoek naar de belemmerende factoren voor invoering van de echo-opleiding in de initiële opleiding interessante informatie opleveren.

Tevens zal het aantal opleidingsplaatsen voor het maken van de specialistische NT-metingen en SEO uitgebreid moeten worden om in korte tijd voldoende verloskundigen de kans te geven zich te specialiseren. Wat betreft de counseling: vrijwel iedere verloskundigen zal moeten counselen, dus ook hier ligt een grote behoefte. Vanuit deze standpunten kom ik tot de volgende suggesties:

1) Aanbevelingen op het gebied van scholing:

- *Bespreek de integratie van de basisopleiding echografie als ook het leren counselen in de initiële opleiding tot Verloskundige.*
- *Zorg voor uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor de specialistische echo's, integreer een counselingcursus zodat de deelnemers meteen hierin geschoold zijn.*
- *Laat de counselingcursussen die opgezet worden door de opleidingen als een soort carrousel rouleren door het land, zodat alle verloskundigen bereikt kunnen worden*

6.2 Informatie

Informatie over de KNOV als organisatie.

Na het opheffen van de regiokantoren mist men een informatiepunt en vraagbaak dichtbij de kringen. De relatiebeheerders en de kringen/verloskundigen moeten de weg naar elkaar nog vinden, bovendien is het aantal van drie voor de hele eerstelijns erg weinig. Op de site van de KNOV is veel te vinden over de organisatie, maar dat vervangt dus niet het directe contact en de korte lijnen van een regiokantoor. Bovendien is gebleken dat een persoonlijke benadering het beste werkt.

Informatie over prenatale screening.

Ook over dit onderwerp is veel te vinden op de site en in het Tijdschrift voor Verloskundigen. De kringvoorzitters hebben de tussenrapportage van de LWPS toegestuurd gekregen. Je zou haast denken dat dit toch voldoende zou moeten zijn om iedereen op de hoogte te brengen. Toch is dat niet het geval, prenatale screening is zeker een onderwerp dat leeft, maar het urgentiebesef, de inzet en het draagvlak zijn veelal nog niet hoog genoeg. Vanuit de kringen komt de vraag om inzicht in de gevolgen van het wel of niet invoeren van prenatale screening en de ethische discussie is gemist. Alle reden om te kiezen voor een persoonlijke benadering. Dat levert de volgende suggesties op:

2) Aanbevelingen op het gebied van informatie:

- *Maak een soort wegwijzer, een A4-tje waarop een overzicht van de organisatiestructuur van de KNOV met korte uitleg wie of welke afdeling voor welke soort vragen of diensten benaderd kan worden. Stuur deze kaart naar elke verloskundige.*
- *Plaats een vaste rubriek of een apart blaadje in het tijdschrift met daarop een overzicht van wat nieuw op de site te vinden is.*
- *Het uitkristalliseren van 'als...dan...' situaties, een soort kijkdoos idee. Maak met een aantal aannames verschillende scenario's inzichtelijk en ga dan het land door voor een*

informatieronde dichtbij de kringen zodat ook ruimte is voor vragen en discussie (over de ethische kant bijvoorbeeld)

6.3 Investeringsen

De benodigde investeringen voor het opzetten van een echocentrum vormen een hoge drempel om zoiets met enkele verloskundigen ook werkelijk te gaan doen. Zoals ik al eerder suggereerde zou hier gezocht moeten worden naar creatieve oplossingen. Het is interessant om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor financiering met een derde partij waarbij de autonomie van de deelnemende verloskundigen intact blijft en de regie en de uitvoering bij de verloskundigen ligt. Een heel nieuw concept zou zijn oprichting van een nieuwe organisatie speciaal ter ondersteuning van de financiering van echocentra waarbij de centra via een soort franchise constructie in handen zijn van de deelnemende verloskundigen. Hieruit volgt de volgende aanbeveling:

3) Aanbeveling op het gebied van investeringen:

- *Onderzoek of een nieuwe landelijke organisatie opgericht kan worden ter ondersteuning van de financiering van de echocentra, waarbij de organisatie en de inhoudelijke invulling van prenatale screening in handen blijven van de deelnemende verloskundigen.*

6.4 Organisatie

De organisatie van de piramidestructuur waarin alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn is iets dat op landelijk niveau geregeld moet worden. De KNOV heeft in dit landelijke overleg een belangrijke taak als vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de eerstelijns. Ze heeft dit tot nu toe zeer goed gedaan.

De organisatie op kring- en praktijkniveau behoeft wel nog de nodige aandacht. De samenwerking tussen de praktijken of binnen de kring moet geformaliseerd worden. Welke vorm daarvoor geschikt is hangt af van welke activiteiten men gezamenlijk wil ondernemen of op welk niveau men afspraken wil vastleggen, van hoe intensief de samenwerking is en hoeveel controle nodig is. De verloskundigen hebben in het algemeen weinig kennis van de juridische en financiële consequenties van de verschillende samenwerkingsvormen en daardoor is het lastig te bepalen welke vorm bij het beoogde doel past. Een duidelijk overzicht toegespitst op situaties uit de verloskundige praktijk zou zeer verhelderend zijn. Vandaar het volgend advies.

4) Aanbeveling op het gebied van de organisatie

- *Maak de voordelen van een betere organisatievorm zichtbaar, benadruk hierbij juist ook*

de langere termijn (implementatie van andere praktijkoverstijgende projecten).

- *Maak een overzicht welke verschillende rechtsvormen gebruikt kunnen worden aan de hand van voorbeelden die toegepast kunnen worden in de verloskunde en schets de financiële consequenties en de voor- en nadelen van deze vormen.*
- *Geef ondersteuning in het zoeken naar de juiste rechtsvorm of door iemand met de juiste expertise in te huren of door verwijzing naar iemand die specifieke expertise kan opbouwen doordat hij/zij alle verloskundige vraagstukken krijgt te behandelen.*

Deel 2: Veranderkundige adviezen

6.5 Veranderen

Uit de verandermodellen zijn de kleur rood en de kern van de verandering van Kotter, het zien, voelen, veranderen, als voorkeur en meest aansprekende aanpak naar voren gekomen. Verloskundigen zijn, zo blijkt, geen afwijkende professionals. Aandachtspunt voor het verandertraject is dan ook dat de betrokken verloskundigen zich eigenaar van de verandering moeten gaan voelen. Zij moeten de uitvoering op zich nemen, zij moeten urgentie gaan voelen, een visie zien, successen zien en voelen. Ze moeten geprikkeld, gemotiveerd worden en beloond.. De veranderaar moet dicht bij de uitvoerders gaan staan en manieren vinden om ze te prikkelen. Een manier van prikkelen die bij de rode kleur heel goed past is het belonen, het voorhouden van lokmiddelen. Wat zou als beloning, lokmiddel of wellicht als dwangmiddel gebruikt kunnen worden?

Lokmiddelen op het gebied van samenwerking:

- een betere onderhandelingspositie ten opzichte van verzekeraars, maar ook bijvoorbeeld ten opzichte van de tweedelij
- voordeel door schaalgrootte bijvoorbeeld bij inkoop van goederen / apparaten, centrale sterilisatie, bij afsluiten van contracten en korting bij verzekeringen.

Lokmiddelen op financieel gebied:

- in onderhandelingen met verzekeraars zou een subsidie bedongen kunnen worden of een bonus op het honorarium deel. Verloskundigen die direct bij de uitvoering van prenatale screening betrokken zijn zouden in aanmerking kunnen komen voor deze bonus of juist alle verloskundigen van de kring als prenatale screening binnen de kring geregeld is en onderschreven en gesteund wordt door alle praktijken. Dit zou een extra stimulans zijn om prenatale screening op kringniveau te gaan regelen.
- mogelijkheden voor verrekening van een deel van de kosten voor het opzetten van het

centrum in het kostendeel van het honorarium.

- als de tarieven bekend zijn kan berekend worden bij welk aantal verrichtingen het financieel interessant wordt een centrum op te richten, een toekomstperspectief bieden.

Als dwangmiddel komt in aanmerking het beeld van een overschot aan verloskundigen als prenatale screening niet wordt aangegrepen als taakverbreding en specialisatie. Het aantal geboortes loopt terug, het aantal verloskundigen neemt toe. Als we niets ondernemen laten we een kans voorbij gaan; hoe ziet de eerstelijnsverloskunde er over een paar jaar dan uit, concurreren we elkaar dan weg?

Als alle voorgaande argumenten en overwegingen op een rijtje worden gezet volgen daar de volgende suggesties uit

5) Aanbevelingen voor een veranderaanpak

- *Kies voor een persoonlijke benadering, organiseer bijeenkomsten voor de kringen, stuur informatie persoonlijk toe*
- *Zet in op samenwerking zowel mono- als multidisciplinair*
- *Houd lok- en dwangmiddelen voor*
- *Prikkel door successen te laten zien*
- *Coach en stimuleer van binnenuit*

6.6 Tot slot

Aan het einde van deze scriptie is er één ding dat u het meest moet zijn bij gebleven, niet de kranten koppen, niet alle interessante cijfers, ook de standpunten van de actoren of alle verschillende verandermodellen niet. Nee, ik hoop dat ik erin geslaagd ben u ervan te overtuigen dat implementeren van prenatale screening door en in de eerstelijns het gevolg is van vooral veel zien en voelen, verlangen bijna, en dan volgt haast vanzelf het veranderen. Of volgens een uitspraak van Antoine de Saint-Exupéry:

Wanneer je een schip wilt bouwen, breng dan geen mensen bij elkaar om hout aan te slepen, werktekeningen te maken, taken te verdelen en het werk te verdelen, maar leer mensen te verlangen naar de open zee.

7 Samenvatting

Het aanbieden van prenatale screening (combinatietest en structurele echoscopie) aan zwangeren zonder verhoogd risico is al jaren een onderwerp van gesprek tussen de betrokken beroepsgroepen en de politiek. Het advies van de gezondheidsraad van 2004 aan VWS is slechts ten dele opgevolgd. De beroepsgroepen streven naar een landelijke organisatie van prenatale screening en zijn hierover in onderhandeling. De KNOV is voorstander van een uitvoerende rol van de eerstelijns. De opdracht vanuit de KNOV is om te onderzoeken welke ondersteunende aanpak het beste ingezet kan worden zodat verloskundigen ertoe overgaan om prenatale screening te implementeren in de eerstelijns.

Voor het onderzoek zijn data verzameld uit vragenlijsten ingevuld door vertegenwoordigers van verloskundige kringen en interviews afgenomen met actoren en kringen. Een literatuurstudie heeft bruikbare verandermodellen opgeleverd.

De resultaten zijn gebruikt om inzicht te krijgen in knelpunten, wet- en regelgeving, de rol en standpunten van de actoren en de wensen op het gebied van prenatale screening. Ook is de wijze waarop verloskundigen willen veranderen inzichtelijk gemaakt.

De belangrijkste conclusie is dat verloskundigen vinden dat prenatale screening in de eerstelijns mogelijk moet zijn. Voordat zij willen veranderen willen zij de noodzaak ervan zien en voelen, door geprikkeld te worden en goede voorbeelden te zien. Dit heeft geleid tot een aantal aanbevelingen op het gebied van scholing, informatie, investeringen, organisatie en een aanbeveling voor een veranderaanpak.

Lijst van afkortingen

CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg, Zorgautoriteit in oprichting
DCE	Diagnostisch Centrum Eindhoven
DVP	District verloskundige platforms
FWE	Foetale werkgroep echoscopie
HRM	Human resource management
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LWPS	Landelijke Werkgroep Prenatale Screening
NT-meting	Nuchal translucency meting, nekplooimeting
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuning structuur
SEO	Structureel echoscopisch onderzoek
STBN	Stichting Thuisbevalling Nederland
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbo	Wet bevolkingsonderzoek
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Literatuurlijst

- i Gezondheidsraad. Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/06.
- ii C. Ross-van Dorp. Standpunt prenatale screening, Min. VWS, IBE/E-2433083, november 2003
- iii C. Ross-van Dorp, Standpunt prenatale screening 2, Min. VWS, IBE/E-2488853, juni 2004
- iv Verloskundig vademecum, College voor Zorgverzekeringen, Diemen, 2003, ISBN 907091834X
- v C. Ross-van Dorp, Organisatie prenatale screening, CZ/IZ-2612095, september 2005
- vi A. Waelput, J. Becker Hoff, Prenatale screening in de eerstelijns, Tijdschrift voor verloskundigen, februari 2005, 11-13
- vii H. Hoogervorst, Petitie 'Langs de eerstelijns', DBO-CBU-2514970, november 2004
- viii Gezondheidsraad: Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routineechoscopie., Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/11. ISBN: 90-5549-374-0
- ix Wet bevolkingsonderzoek, artikel 1, onder c.
- x Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screening op downsyndroom vroeg in de zwangerschap. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr 2003/01WBO. ISBN: 90-554-483-6
- xi H. Hoogervorst, RIVM rapport perinatale sterfte, Kamerstuk, 24 oktober 2005, PG/OGZ-2621258
- xii H. Hoogervorst, Antwoorden op kamervragen van Buijs en Vietsch over wijzigingen in het pakket zorgverzekering, Kamerstuk, 28-10-2005 DBO-K-U-2629961
- xiii Brief H. Wiegel aan Mw. C Ross, kenmerk ZVB 2005 0206 jsch1 B, 25 augustus 2005, Onderwerp: Prenatale screening op Downsyndroom
- xiv NVOG Standpunt prenatale screening, standpunt no. 13, 12 oktober 2004 via http://www.nvog.nl/files/stp_13_prenatale_screening_februari_2004_web.pdf
- xv Van Dale, Groot woordenboek, Hedendaags Nederlands, Van Dale lexicografie BV, 2002, ISBN 9066481447
- xvi D. Keuning, D.J. Eppink: Management & Organisatie, theorie en toepassing, 8^{ste} druk 2004, Stenfert Kroese, Groningen, ISBN 902073265X

-
- xvii A. Cozijnsen, W.J. Vrakking, Handboek verandermanagement, theorieën en strategieën voor organisatieverandering, Kluwer 2^e druk 2004, ISBN 9013002994
- xviii J.P. Kotter, D.S. Cohen, Het hart van de verandering Academic Service, Den Haag, 1^e druk, 2^e oplage, 2004, ISBN 9052614261
- xix J.P. Kotter, Leiderschap bij verandering, Academic Service, Den Haag, 1^e druk, 10^e oplage, juni 2005, ISBN 9052612315
- xx A.J. Cozijnsen, Anders veranderen, sturen op slaagfactoren bij complexe veranderingen, Pearson Education Benelux, Amsterdam, 2004, ISBN 904300829X
- xxi L. de Caluwé, H. Vermaak, Leren veranderen, een handboek voor de veranderkundige, Kluwer, Deventer, 1^e druk, 8^e oplage, 2004, ISBN 9014061587
- xxii P. Offerhaus, M. Fleuren, M. Wensing, De impact van de eerste KNOV-standaard voor eerstelijnsverloskundigen, Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen / TNO, Leiden, 2003
- xxiii M. Harmsen, M. Wensing, R. Grol, Implementatie van richtlijnen en innovaties, lessen uit de praktijk, publicatie Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen, 2002.
- xxiv R. Grol, M. Wensing, M. Harmsen, M. Laurant, Implementatie van kennis in de praktijk, het richtlijnen implementatieprogramma, Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen, 2003, ISBN 76316-18-X
- xxv M. Peters, M. Harmsen, M. Laurant, M. Wensing, Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg, Centre for Quality of Care Research (WOK), afdeling kwaliteit van zorg, Nijmegen, 2003
- xxvi Tussenrapportage Landelijke Werkgroep Prenatale screening, juni 2005, aangepaste versie oktober 2005, geraadpleegd op 20 november 2005 te downloaden via http://www.stbn2.nl/_images/_documenten/Tussenrapportage%20versie%20okt.pdf
- xxvii KNOV Register Verloskundigen-Echoscopisten
- xxviii A. Beuckens, Beroep en opleiding van echoscopisten, scriptie masterverloskunde, 2004
- xxix R.J. Kenens, L. Hingstman, Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2004, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, november 2004
- xxx M.J.M.A. van der Put, H.Recker, Iedere maat volledig aansprakelijk, Medisch contact, jaargang 60, nr 12, 25-03-2005
- xxxi Website KNOV: geraadpleegd op 23 november 2005
http://www.knov.nl/nieuws_voor_leden/2005_vanaf_14_februari/maatschap_op_de_schop/
- xxxii S. Toet, Overschotten, Tijdschrift voor Verloskundigen, september 2005, 9

Bijlage 1

Verandermodellen.

1. Een eerste model

Kurt Lewin heeft als een van de eersten een model ontwikkeld voor geplande verandering. Lewin vond dat nooit sprake kon zijn van enige verandering als een organisatie zich in een stabiele toestand bevond van dynamische krachten en weerstandskrachten. Om echt te veranderen moet het bestaande evenwicht doorbroken worden door de bestaande denkbeelden, waarden of gedrag af te zwakken, een proces van *unfreezing*, de eerste fase van het driefasen model. De tweede stap betreft de nieuwe situatie: *moving*, deze fase is vooral gericht op nieuw gedrag, reële perspectieven moeten geboden worden, aangetoond moet worden dat verandering verbetering oplevert. In de derde en laatste fase, *refreezing*, zal de nieuwe situatie gestabiliseerd moeten worden nadat nieuwe handelingsopties geboden zijn, de nieuwe situatie moet ingeslepen worden. Het accent van de veranderaanpak van Lewin lag op gedragsbeïnvloeding van individuen en groepen.

2. De acht stappen van Kotter

Volgens Kotter is de manier om succesvol te veranderen niet een proces van analyseren, denken en veranderen, maar van *zien*, *voelen* en *veranderen*. Deze drie elementen komen steeds terug in de kernmethode om gedragsverandering te realiseren. Kotter stelt dat analyseren zeker nut heeft, maar dat het om veel meer gaat dan gegevens verzamelen, opties vaststellen, analyseren en keuzes maken. Bij het veranderen van gedrag is het nodig de mensen de feiten te laten *zien*, zodat hun *gevoelens veranderen*. Dit onderscheid in zien en analyseren en tussen voelen en denken is cruciaal in de benadering van Kotter.

In het door hem voorgestelde veranderingsproces is sprake van een bepaald verloop, ondergebracht in acht stappen. De eerste stap is het vestigen van *urgentiebesef*. Urgentiebesef moet opgeroepen worden zodat mensen gaan inzien dat er iets moet gebeuren. Stap twee houdt in dat een groep mensen met de juiste kenmerken en voldoende macht bij elkaar gebracht moeten worden om een *leidende coalitie* te vormen. De volgende stap (drie) is de ontwikkeling van een *visie en strategie*, die op een duidelijke en geloofwaardige manier overgebracht moeten worden, *communiceren* (stap vier). Deze eerste vier fasen zorgen ervoor dat er beweging komt in de organisatie.

Stap vijf houdt in een breed *draagvlak* creëren; dit heeft ook te maken met het wegnemen van barrières en omgaan met weerstand. Snel voldoende (korte-termijn) *successen* genereren zorgt voor een nieuwe impuls, stap zes. Veranderingen zullen elkaar blijven opvolgen tot de visie gerealiseerd is, verbeteringen moeten *geconsolideerd* worden en meer veranderingen moeten tot stand gebracht worden. (stap zeven).

De laatste stap (acht) tenslotte zal bestaan uit het *verankeren* in de cultuur van de nieuwe aanpak. Deze acht stappen zullen alle doorlopen moeten worden voor een geslaagde verandering, men kan wel in meerdere fasen tegelijk opereren maar niet er één overslaan.

De acht stappen voor succesvolle grootschalige verandering

Stap	Actie	Nieuw gedrag
1	Urgentiebesef bevestigen	Mensen zeggen tegen elkaar: 'Kom op, we moeten dingen veranderen'
2	De leidende coalitie vormen	Er wordt een groep gevormd die voldoende krachtig is om een grote verandering te leiden. De groepsleden werken goed samen.
3	Een visie en strategie ontwikkelen	De leidende coalitie ontwikkelt de juiste visie en strategie voor het veranderingsproces.
4	De veranderingsvisie communiceren	Mensen gaan achter de verandering staan. Dit komt tot uiting in hun gedrag.
5	Een breed draagvlak voor de verandering creëren	Meer mensen voelen zich in staat om naar de visie te handelen en doen dit ook.
6	Korte-termijnsuccessen genereren	De nieuwe impuls groeit terwijl mensen proberen hun visie in vervulling te brengen. Steeds meer mensen bieden weerstand aan de verandering.
7	Verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen	Mensen creëren steeds weer nieuwe veranderingsgolven, totdat de visie is gerealiseerd.
8	Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur	Nieuw en succesvol gedrag duurt voort, ondanks de aantrekkingskracht van de traditie, ondanks personeelsverloop onder de mensen die het veranderingsproces hebben geleid, enzovoort.

Bron: J.P. Kotter, *Leiderschap bij verandering*, Academic Service, Den Haag, 1^e druk, 10^e oplage, juni 2005, pagina 21

In deel II van het boek *Leiderschap bij verandering* werkt Kotter deze stappen verder uit. Hij geeft manieren aan om urgentiebesef te verhogen, stelt dat in een veranderingsproces meer leiderschap dan managementkwaliteiten nodig zijn, noemt kenmerken van een effectieve visie en de belangrijkste elementen van een goede communicatie. Hij gaat in op het wegnemen van structurele barrières, op het nut en de timing van korte termijnsuccessen en wijst op de moeilijkheid van veranderingen aanbrengen in een sterk afhankelijke organisatie. Tenslotte

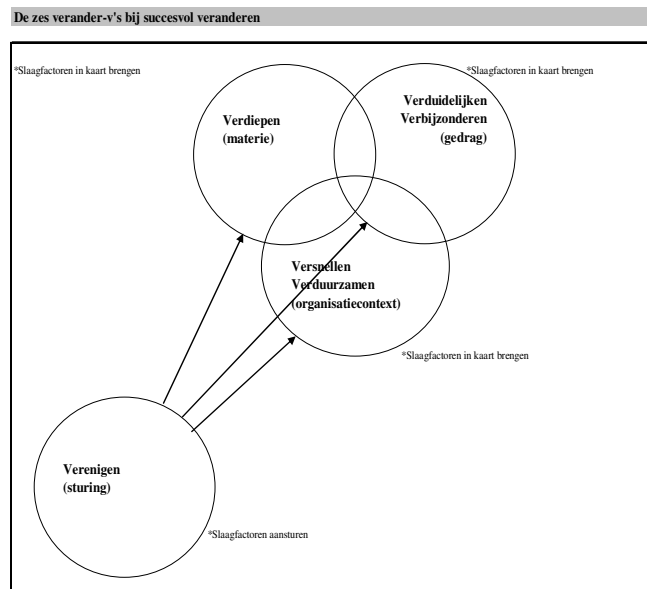
geeft hij een aantal benaderingen om veranderingen te verankeren binnen de cultuur van de organisatie.

3.1 Anders veranderen volgens Cozijnsen.

Uit onderzoek blijkt (Carr 1996) dat het gedrag van mensen voor zeventig procent verantwoordelijk is voor het mislukken van een veranderproject. Cozijnsen constateert dat veranderingen steeds complexer worden en dat de tijdsdruk om een verandering snel af te ronden groter wordt. Het onderkennen van de juiste slaagfactoren is de eerste stap op weg naar succesvol veranderen. Die slaagfactoren worden bepaald door vier bouwstenen, te weten *materie*, de organisatiekundige modellen, *gedrag*, de gedragingen van de mensen, *organisatiecontext*, de verandercapaciteit, en *sturing*, de veranderstrategieën en interventiemethoden. Deze bouwstenen komen terug in elke fase van de verandering, namelijk de voorbereidings- of startfase, de ontwerpfase en de implementatiefase. Wat betreft de bouwsteen *materie* is in de startfase het vaststellen en transparant maken van de noodzaak tot veranderen en het formuleren van een nieuwe strategie noodzakelijk. De redenen om te veranderen kunnen divers zijn zoals marktontwikkelingen, concurrentiepositie, kansen en bedreigingen uit de omgeving. In de ontwerpfase zal men een nieuw ontwerp moeten tonen, dat voldoet aan alle voorwaarden die nodig zijn om de beoogde verbeteringen te kunnen realiseren. In de implementatie fase zullen de veranderingen ingeslepen moeten worden op organisatie niveau, het systeem en de processen, en op individueel niveau, het doen en denken van de mensen zelf. Als het gaat om de bouwsteen *gedrag* lijken de slaagfactoren erg op de fasen van Lewin, daar lag het accent immers ook op gedragsbeïnvloeding. In de startfase is het inzicht nodig dat de oude situatie onhoudbaar is, de noodzaak tot veranderen wordt gelegitimeerd. Vervolgens zullen de voordelen van de nieuwe situatie concreet gemaakt moeten worden. Daarna zal het nieuwe gedrag zo natuurlijk mogelijk aangeleerd moeten worden. De organisatie is het object van verandering en heeft in zichzelf veel slaag- en faalfactoren. De sturing bepaalt het effect van de slaagfactoren uit de andere bouwstenen en creëert daarmee de samenhang van het veranderingsproces. Om de verandermanager in staat te stellen veranderprocessen te sturen, heeft Cozijnsen een ordeningskader opgesteld bestaande uit zes *verander-v's*. De toepassing van deze *verander-v's* geeft de kern en de richting aan van wat er per bouwsteen moet gebeuren en leidt tot concretisering van de slaagfactoren per bouwsteen. Elke *verander-v* zal ook nog eens per fase een andere betekenis en uitwerking krijgen.

Een overzicht van de *verander-v's* per bouwsteen.

Bij de materiekant gaat het om *verdieping*, die in de startfase anders is dan in de ontwerpfase. Bij de gedragskant gaat het om *verduidelijken* en *verbijzonderen*. Bijvoorbeeld: de noodzaak voor verandering zal verduidelijkt moeten worden en verbijzonderd naar de verschillende actoren / doelgroepen. Wat de organisatiekant betreft gaat het om *versnellen*, een overzicht van de activiteiten die geen vertraging mogen oplopen en van slaagfactoren waarbij versnellen mogelijk is, en *verduurzamen*, het verankeren van de veranderactiviteiten en -resultaten. De laatste verander-v staat voor *verenigen* (*verbinden*). Hiermee wordt bedoeld dat door sturing alle bouwstenen met elkaar verbonden worden. In de hoofdstukken zes tot en met acht van zijn boek 'Anders veranderen' werkt Cozijnsen de zes verander-v's per fase nader uit.



Bron: A.J. Cozijnsen, Anders veranderen, sturen op slaagfactoren bij complexe veranderingen, Pearson Education Benelux, Amsterdam, pagina 47

Een aantal succesfactoren in de startfasen worden genoemd, namelijk het legitimeren van de noodzaak tot verandering, het losmaken uit de oude situatie, het bieden van betere perspectieven, het behoud van snelheid en het niet verloren laten gaan van kennis. In de ontwerpfase zullen de voor en nadelen van het herontwerp belicht moeten worden, de gevolgen hiervan en met name het eindresultaat toonbaar gemaakt en de toekomstige werkelijkheid realistisch weergegeven worden. In de implementatie fase wordt het B=ACTIVORY model van Zaltman en Duncan (1977) genoemd. In dit model worden factoren genoemd die extra aandacht behoeven bij de implementatiefase vooral waar het gaat om gedragsverandering. Het model geeft een houvast bij de invulling van de verschillende

gedragsfactoren. Verder zijn bij de implementatie van belang de informatie, het tijdstip van invoering van de verandering en de heersende omstandigheden. Een verandering verloopt het meest succesvol als gestuurd wordt op slaagfactoren per veranderfase en per doelgroep.

B-Activorymodel verandermanagement

Operationele aspecten Implementatie factoren	Samenwerken	Leidinggeven	Communicatie	Processen	Systemen	Taak
B(behaviour)						gewenst gedrag.
Ability						de vaardigheden/expertise.
Values						de bijpassende waarden.
Information						over het proces/voortgang.
C(circumstances)						de benodigde middelen.
Timing						tijdstippen waarop de aanpassingen plaatsvinden.
Obligation						de mate waarin door de betrokkenen de noodzaak tot veranderen wordt ervaren.
Resistances						belemmerende factoren, die alsnog weerstand oproepen.
Yield						de zichtbare resultaten, beloning of voordelen die aan de aanpassingen zitten.

Bron: A.J. Cozijnsen, W.J. Vrakking, Handboek verandermanagement, theorieën en strategieën voor organisatieverandering, Kluwer, Deventer, 1^e druk, 2^e oplage, 2004, pagina 188

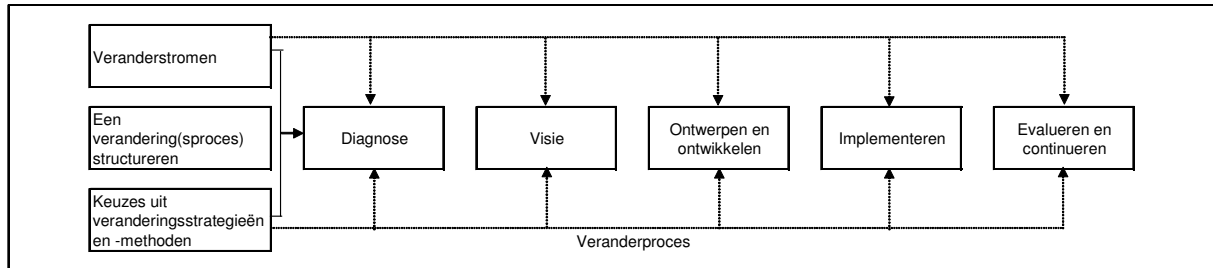
3.2 Veranderstrategieën uit ‘Verandermanagement’ van Cozijnsen en Vrakking^{Fout!}

Bladwijzer niet gedefinieerd.

In het ‘Handboek verandermanagement’ van Cozijnsen en Vrakking wordt een ander stappenplan voorgesteld als instrument om een verandering te structureren. Na een keuze uit de veranderingsstrategieën en –methoden wordt het veranderproces gestructureerd via de stappen diagnose, visie, ontwerpen en ontwikkelen, implementeren en evalueren en continueren. Onder veranderstrategie wordt verstaan de doelbewuste en doelgerichte overweging om met optimaal effect een wenselijke verandering in te voeren met het oproepen van zo min mogelijk weerstand. Verschillende typen veranderingsstrategieën worden onderscheiden namelijk: de empirisch-rationele strategie (overtuigingsstrategie), de normatief-reëducatieve strategie (houdingsstrategie) en de machts-dwangstrategie. Verder

wordt het interventiewiel geïntroduceerd, waarin een overzicht van veranderstrategieën, uitgewerkt in interventies op persoons-, groeps- en organisatieniveau.

Managen van complexe veranderprocessen



Bron: A.J. Cozijnsen, W.J. Vrakking, Handboek verandermanagement, theorieën en strategieën voor organisatieverandering, Kluwer, Deventer, 1^e druk, 2^e oplage, 2004, pagina 21

In het veranderproces zal tijdens de diagnose aandacht zijn voor de aanleiding tot verandering, het innovatievermogen of de verandercapaciteit van de organisatie en de veranderbereidheid. De visie is de wijze waarop de missie wordt gerealiseerd en daaraan wordt een strategie, een weloverwogen koers, gekoppeld. Ontwikkelen van de strategie kan aan de hand van het Y-model, via de analysefasen, de creatieve fase, uitmondend in actie. In de ontwerpfase kan gebruik gemaakt worden van verschillende ontwerpmethodieken: de vergelijkmethode, de fasenmethode, de deductieve methode, de contingencymethode en de opportuniteitsmethode. Voor de implementatie wordt het versterken van het leervermogen door double-loop learning en het B=ACTIVORY model genoemd. Bij de evaluatie moet gedacht worden aan zowel proces-, als productevaluatie. In de stabilisatiefase moet er weer een zekere rust terugkeren in de organisatie.

4. Invloed op geplande veranderingen uit ‘Leren veranderen’ van De Caluwé en Vermaak

In het managen van professionals beschrijft De Caluwé drie kernproblemen: als eerste versnippering omdat ieder hecht aan autonomie en zijn eigen richting volgt, als tweede middelmatigheid omdat er niet van elkaar geleerd wordt, men weet zelf het beste hoe men zijn vak moet uitoefenen, en als derde vrijblijvendheid omdat resultaatgerichtheid ontbreekt. Bovendien zijn professionals allergisch voor de drie B's: bureaucratie, bazen en beleid. Hierdoor ontstaan een oerconflict tussen managers en professionals. Managers willen veranderingen doorvoeren door te sturen, te plannen en te beheersen en professionals zullen sturing en beheersing tegenwerken en vermijden, zeker als dit tegenstrijdig is met hun eigen plannen of ideeën.

De Caluwé geeft vijf gekleurde betekenissen van het woord veranderen, het zijn manieren van denken over veranderen.

Bij de gele kleur (symboliek zon, vuur) wordt veranderen opgevat als een machtsspel, gericht op 'haalbare' oplossingen. De neuzen moeten dezelfde richting op gaan staan, beleid wordt tot stand gebracht via een politiekspel, een machtsspel en onderhandelen. Deze manier past goed bij complexe doelen waarbij meerdere personen of partijen betrokken zijn.

Bij de blauwe kleur (blauwdruk, plannen) is de verandering gericht op materie en vorm, werken volgens een tevoren gemaakt ontwerp, een projectplan. De uitkomst en het resultaat worden van te voren nauwkeurig omschreven en gedefinieerd.

Rood (de kleur van het menselijk bloed) past bij veranderen door het voor de mensen zo aantrekkelijk mogelijk te maken zich in te zetten door op de juiste manier te prikkelen en te belonen. De 'voor wat, hoort wat' cultuur. De mens moet worden beïnvloed, verleid en uitgelokt. Het gaat om het ontwikkelen van mensen, het beste uit de mensen halen.

Het groendrukdenken (groen, natuur, groeien) is gekoppeld aan veranderen door te leren, het vergroten van het lerend vermogen, motiveren om te leren, het bewust onbekwaam maken, de lerende organisatie. De uitkomst van de verandering laat zich moeilijk voorspellen, dit is sterk afhankelijk van het leervermogen en de effectiviteit van het leertraject.

Tenslotte is de kleur wit gekozen (wit omvat alle kleuren) als symbool voor het losmaken van energie, alles is als vanzelf in verandering, beïnvloeden van de dynamiek is een favoriete aanpak. Een centraal begrip is zelforganisatie, verandering vindt autonoom plaats.

Elke kleur heeft zijn eigen ideaal en zijn eigen valkuilen.

De veranderaar moet in staat zijn de onderliggende kleur van een organisatie te herkennen om de aanpak specifiek op die kleur te kunnen afstemmen.

In veranderingstrajecten zijn zes bestanddelen te onderscheiden die tezamen een uitgebreide definitie geven van geplande verandering. Het gaat hierbij om de bestanddelen uitkomsten (wat wil je realiseren), historie (wat is de aanleiding/context), actoren (wie heeft invloed), fasen (diagnose, veranderstrategie, interventieplan, interventies), communicatie (betekenis geven) en sturing (door interventies van veranderaars).

De onderdelen diagnose en interventies worden verder uitgewerkt. Vervolgens gaat De Caluwé in op de rol van de veranderaar en de competenties van de veranderaar per kleur. Ook een veranderaar heeft zijn beperkingen en om te bepalen of hij de juiste persoon is om een bepaalde verandering te leiden, kan hij inzicht kweken in zijn eigen 'kleur'.

