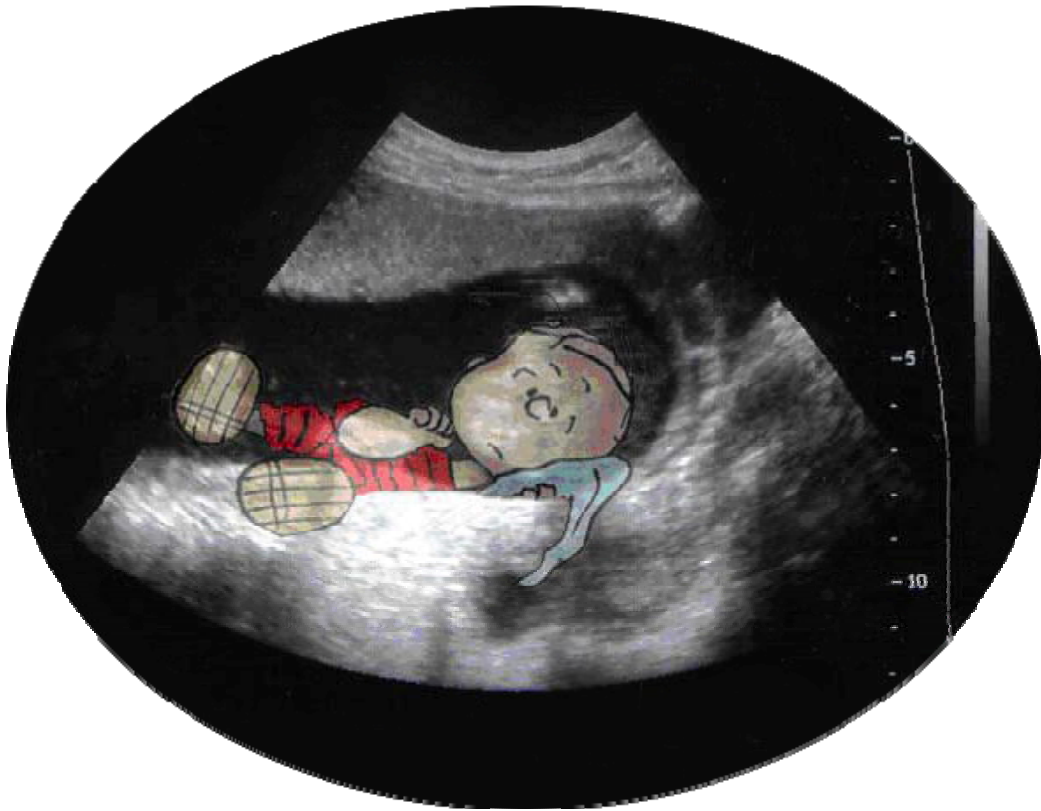


Implementatie van het structureel echoscopisch onderzoek

Samenwerking en Kwaliteitsdenken



Afstudeerscriptie
A.E.P. Ruiter

Universiteit Twente
Faculteit Management en Bestuur

November 2007

Implementatie van het structureel echoscopisch onderzoek

Samenwerking en Kwaliteitsdenken

Afstudeerscriptie
Faculteit Management en Bestuur
Master Health Sciences

A.E.P. Ruiter (Alice)
19 november 2007, Enschede

Afstudeercommissie

Dr. J.M. Hummel (1e begeleider)
Science, Technology, Health and Policy Studies (STeHPS)
Universiteit Twente

Prof. Dr. N.E.J. Oudshoorn (2e begeleider)
Science, Technology, Health and Policy Studies (STeHPS)
Universiteit Twente

Dr. D. Stemerding (3e begeleider)
Science, Technology, Health and Policy Studies (STeHPS)
Universiteit Twente

Dr. R.J.M. Snijders (externe begeleider)
The Fetal Medicine Foundation Netherlands

Summary

This research thesis explores the implementation of the second trimester ultrasound in the Dutch primary health care. Many factors can influence the effective implementation of an innovation. Two important factors are quality thinking and cooperation between stakeholders. The main research question of this thesis is: in what extent does quality thinking and cooperation, between the stakeholders involved in the implementation process of the second trimester ultrasound, contribute to an effective implementation. Structural face-to-face interviews have been performed with seven national organizations (the KNOV, NVOG, BEN, STBN, VSOP, FMF and CvB), and four regional centers for prenatal screening (the regions Utrecht, Rotterdam, Nijmegen and Groningen).

The second trimester ultrasound (Dutch: structureel echoscopisch onderzoek (SEO)) is performed in the 20th week of the pregnancy to assess the fetus for anatomic and structural abnormalities. Since January 1st 2006 the SEO is offered to every pregnant woman and reimbursed by all health insurance companies.

The performance of the SEO should obey the law 'bevolkingsonderzoek' (WBO). Therefore eight regional centers for prenatal screening have applied for a WBO-license to the Dutch ministry of Health, Welfare and Sport. These regional centers organize and perform the quality control of the prenatal screening. The performer of the SEO must make an agreement with a regional center for prenatal screening which has the WBO-license.

The implementation of the SEO in the primary health care is directed at national level by the Center for National Screening Programs (Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB)). The CvB is supported by two committees (a coordination committee and a platform with representatives of the regional centers for prenatal screening) and seven working groups. These committees and working groups represent the professional groups, interest groups and patient groups (the stakeholders) which are involved in the implementation of the SEO in the primary health care.

The here following interview results answer the main research question. The cooperation between the stakeholders cause regularly discussions and negotiation, resulting in uniformity, support and consensus about the organization and implementation of the SEO. The BEN, a small young professional organization for sonographers, has a difficult cooperation with the other stakeholders. The sonographers have the feeling they are standing on the sideline, since the SEO is implemented in the primary health care and no reimbursement in the secondary health care is given by the Dutch health insurance companies.

The cooperation between the primary health care and secondary health care is difficult in some regions. Domain discussions and competition hinders the cooperation and organization of prenatal screening in these regions. However, the regions Utrecht, Rotterdam and Groningen have an advisory council and involve the representatives of the sonographers, gynaecologists and midwives (performers) actively in the implementation process of the second trimester ultrasound in the primary health care. Involvement of the performers promotes the effective implementation of the SEO.

In the last year (2007) no financial support for the regional centers for prenatal screening is given by the Dutch government, while they have no revenues and have to invest in the set up and the organization of the regional centers. This hinders the set up and organization of the prenatal screening on regional level.

Also the lacking of an evaluation of the cooperation and implementation process hinders an effective implementation process. Adjustments of the implementation process can not be performed optimally.

The quality requirements for the performance of the SEO are described in the guidelines of the NVOG and in the quality standards of the CvB. There is confusion between the organizations about which guideline or quality standard should be officially used for the performance of the SEO. Training courses are actively offered in two of the four regions. This promotes the quality of the performance of the SEO. Quality requirements, guidelines and training courses provide uniformity and a basis level for a qualitative good performance of the SEO and promote the quality of the implementation process. However, structure for quality assurance is not defined yet; this can hinder a high qualitative and effective implementation of the SEO.

To conclude; the implementation of the SEO is promoted by the cooperation between the stakeholders and quality thinking. To optimize the implementation of the SEO in the Dutch primary health care the difficult cooperation between the primary and secondary health care should be solved. More information about the implementation of the SEO for the second and primary health care should solve some of the misunderstandings and distrust. Quality thinking is an important topic among the stakeholders. However, clarity about the quality requirement should be given, training courses should be offered actively in all regions, and quality assurance should be defined quickly.

Voorwoord

De invoering van het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is een grote verandering in de standaard zwangerschapsbegeleiding in Nederland. In de landen om ons heen wordt prenatale screening al jaren standaard aangeboden, Nederland was hier tot voor kort terughoudend over. Per 1 januari 2006 is daar verandering in gekomen. Alle zwangere vrouwen in Nederland krijgen het SEO standaard aangeboden en vergoed door hun zorgverzekeraar.

De implementatie van het SEO is een interessante ontwikkeling, waar ik mij met veel plezier in heb verdiept. Mijn begeleiders, Marjan Hummel, Nelly Oudshoorn en Rosalinde Sniijders wil ik graag bedanken voor hun fijne feedback en suggesties tijdens mijn onderzoek. In het bijzonder wil ik Marjan bedanken voor haar fijne begeleiding bij mijn onderzoek. Daarnaast wil ik Dirk Stemerding graag bedanken, omdat hij op het laatste moment mijn derde begeleider wilde worden.

Tevens wil ik alle mensen en organisaties heel hartelijk danken voor hun tijd en moeite mij te ontvangen voor een interview. Ik ben verrast door hun enthousiasme en inzet om mee te werken aan mijn onderzoek. Heel erg bedankt daarvoor.

Al was het in het begin het lastig om mijn eigen plek te bemachtigen op de afdeling *STeHPS*, toch heb ik hier mijn draai gevonden, een eigen werkplek gekregen en gebruik mogen maken van opname apparatuur voor mijn interviews. Daarvoor wil ik vooral het secretariaat van *STeHPS* bedanken. Ook wil ik graag mijn collega-afstudeerders op mijn kamer en de gang bedanken voor hun gezelligheid, ontspannende pauzes, tips en adviezen.

Daarnaast wil ik graag mijn ouders bedanken voor het meedenken, het uitknippen van krantenartikelen en hun interesse in mijn onderzoek. En bovenal, wil ik mijn vriend bedanken voor zijn vertrouwen en support tijdens mijn afstuderen.

Enschede, november 2007
Alice Ruiter

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding	1
1.1	De besluitvorming tot 2006.....	1
1.2	De huidige organisatie.....	3
1.3	Het onderzoek.....	4
Hoofdstuk 2	Methodologie	5
2.1	Onderzoeksontwerp	5
2.2	Onderzoekseenheden	5
2.3	Onderzoeksmethode	6
2.4	De interviewvragen.....	6
2.5	De onderzoeksvragen	7
Hoofdstuk 3	Screening	8
3.1	Inleiding	8
3.2	Screening	8
3.3	Prenatale screening	9
3.4	Welke soorten prenatale screening bestaan er?	9
3.4.1	Termijn echo en NT-meting	9
3.4.2	Vroege bloedtest (serumscreening)	10
3.4.3	Combinatietest.....	10
3.4.4	Late bloedtest (Tripletest).....	10
3.4.5	Structureel echoscopisch onderzoek (SEO).....	10
3.5	Geschiedenis van de echografie	11
3.6	Wet op het bevolkingsonderzoek	11
Hoofdstuk 4	Theoretisch kader.....	13
4.1	Implementatie.....	13
4.2	Samenwerking.....	15
4.3	Kwaliteit	17
4.4	Theorie en onderzoek	19
Hoofdstuk 5	Interviewresultaten	20
5.1	De landelijke organisaties	20
5.1.1	Samenwerking tussen de 'landelijke organisaties'	21
5.1.2	Draagvlak	26
5.1.3	Richtlijnen	28
5.1.4	Kwaliteit en bij- en nascholing	29
5.2	De regionale centra voor prenatale screening.....	32
5.2.1	De regionale centra voor prenatale screening.....	32
5.2.2	De echocentra	34
5.2.3	Kwaliteit en richtlijnen voor het SEO	36
5.2.4	De invoering van het SEO	37
Hoofdstuk 6	Conclusie en Discussie	40
6.1	Conclusies	40
6.2	Discussie	47
Referenties	49
Bijlage 1	Sociale kaart.....	i
Bijlage 2	Interviewvragen voor de landelijke organisaties	ii
Bijlage 3	Interviewvragen voor de regionale centra voor prenatale screening.....	vi

Hoofdstuk 1 Inleiding

Sinds de introductie van de echo aan het einde van de jaren 50 van de 20^e eeuw heeft deze technologie zich ontwikkeld tot een zeer geschikt diagnostisch middel in de obstetrie. De real time scanner waarmee de echo wordt uitgevoerd, maakt continue afbeeldingen van de bewegende foetus, welke op een monitor worden weergegeven. Hiervoor worden hoogfrequentie geluidsgolven tussen de 3,5 tot 7,0 megaHertz gebruikt. Via een transducer worden deze geluidsgolven uitgezonden. Deze transducer wordt op de buik van de vrouw geplaatst, waardoor al bewegend met de transducer elk deel van de baarmoeder kan worden bekeken. De repetitieve reeks aan geluidsgolven scannen de foetus, de reflectie van de geluidsgolven worden door dezelfde transducer weer ontvangen (Woo, 2006).

Bewegingen, zoals de hartslag van de foetus, en de ontwikkeling van de foetus kan worden vastgelegd en tevens kan de foetus secuur worden opgemeten. De echo wordt tegenwoordig beschouwt als een veilige, non-invasieve, accurate en kosten-effectieve methode om de foetus te screenen (Woo, 2006).

In bijna alle Europese landen is een echo-onderzoek een standaard onderdeel van de prenatale zorg. Over het algemeen gaat het over meer dan één echo op verschillende momenten van de zwangerschap. In Engeland bijvoorbeeld krijgen zwangere vrouwen een eenvoudige *booking scan* aan het begin van de verloskundige begeleiding en een *fetal anomaly scan* tussen 18 en 20 weken. In andere landen, zoals België, Frankrijk en Duitsland krijgen alle zwangere vrouwen standaard drie echo's aangeboden; in elke trimester van de zwangerschap één echo (Gezondheidsraad, 2001). Denemarken is wat betreft de ontwikkelingen rondom prenatale screening goed vergelijkbaar met Nederland. Pas vanaf september 2004 wordt in Denemarken prenatale screening aangeboden aan alle vrouwen, ook in Nederland is dit pas recentelijk veranderd. Twee rapporten van de Gezondheidsraad en het Peristat-onderzoek hebben voor de omslag gezorgd waardoor het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) vandaag de dag standaard wordt aangeboden aan alle zwangere vrouwen in Nederland (Gezondheidsraad, 2001).

Dit onderzoek richt zich op de implementatie van het SEO in de eerste lijnsgezondheidszorg. In dit eerste hoofdstuk zal een overzicht worden gegeven hoe men tot het besluit is gekomen om het SEO aan te bieden aan alle zwangere vrouwen, ongeacht hun leeftijd. Tevens wordt beschreven hoe de huidige organisatie van de prenatale screening is vormgegeven en zal een korte toelichting worden gegeven op dit onderzoek.

1.1 De besluitvorming tot 2006

Al in 1993 schrijft het NRC Handelsblad over de echoscreening en haar voor- en nadelen ten opzichte van de vruchtwaterpunctie. De schrijver van het stuk is echter sceptisch over de praktische, ethische, maatschappelijke en financiële aspecten van de echo (Beekhuis, 1993).

Tien jaar later is er een hevige discussie over prenatale screening tussen de Gezondheidsraad, de Tweede Kamer en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Clémence Ross-Van Dorp. Aanleiding hiervoor is de hoge kindersterfte rond de geboorte in Nederland, vergeleken met de rest van Europa. Dit bleek uit het in november 2003 verschenen Peristat-onderzoek, een grote Europese studie (Kohler, 2003).

In Nederland overlijden jaarlijks 1400 baby's voor of meteen na de geboorte. In Finland en Zweden ligt dat aantal 30 tot 35 procent lager. Momenteel behoort Nederland tot de middenmoot (NRC Handelsblad, 2005). Maar staatssecretaris

Clémence Ross-Van Dorp gelooft de cijfers niet. Via een kabinetsbesluit besluit ze de prenatale screening voor vrouwen onder de 36 jaar niet verder uit te breiden (Kohler, 2003). Alle zwangere vrouwen moeten op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheid van screenen op Downsyndroom. Echter, alleen vrouwen met een medische indicatie of vrouwen van 36 jaar of ouder krijgen de test voor prenatale screening op Downsyndroom vergoed. Jongere vrouwen kunnen op eigen kosten zich laten screenen. Indien de testuitkomst 'positief' is en zij in aanmerking komen voor invasieve prenatale diagnostiek wordt dit wel vergoed (Gezondheidsraad, 2006).

Op verzoek van de minister heeft de Gezondheidsraad een adviesrapport geschreven over prenatale screening in Nederland. Dit rapport, "Prenatale screening Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscoie", wordt gepubliceerd in mei 2001. In april 2004 wordt, op initiatief van de Gezondheidsraad zelf, een actualisering van dit rapport gepubliceerd, "Prenatale screening (2) Downsyndroom, neuralebuisdefecten".

Downsyndroom is een aangeboren aandoening, doordat chromosoom 21 in drievoud voorkomt. Kinderen en volwassenen met het Downsyndroom zijn verstandelijk gehandicapt en worden ook wel mongolen genoemd (Erfocentrum, 2007a).

De twee meest voorkomende vormen van neuralebuisdefecten zijn het ontbreken van de grote hersenen (anencefalie), en de open rug (spina bifida). Een kind met anencefalie overlijdt voor of vlak na de geboorte. Een kind met spina bifida is lichamelijk gehandicapt, de ernst verschilt van persoon tot persoon (Erfocentrum, 2007b).

Het eerste rapport van de Gezondheidsraad richt zich vooral op de kansbepalende screening zoals de Tripletest. In het tweede geactualiseerde rapport herziet de Gezondheidsraad haar advies over de kansbepalende screening en geeft, gesteund door de betrokken beroepsgroepen, een positief advies over het aanbieden van echoscopisch onderzoek aan elke zwangere vrouw.

Begin 2004 verschillen de Gezondheidsraad en de staatssecretaris nog steeds van mening. Clémence Ross-Van Dorp verwerpt het advies van de Gezondheidsraad, waardoor het testen op Downsyndroom of neuralebuisdefecten niet standaard gratis wordt aangeboden aan zwangeren onder de 36 jaar (Het Parool, 2004).

In de zomer van 2005 schrijven de zorgverzekeraars in een brief aan het kabinet dat zij vinden dat alle zwangere vrouwen in aanmerking moeten komen voor een prenatale screening. Zij sluiten zich daarmee aan bij het advies van de Gezondheidsraad (Algemeen Dagblad, 2005). Staatsecretaris Clémence Ross-Van Dorp gaat deels overstag en besluit dat alle zwangere vrouwen door hun verloskundigen, huisartsen en gynaecologen moeten worden geïnformeerd over de mogelijkheid van prenataal testen (Snoeijen, 2005).

Eind 2005 wordt uiteindelijk besloten dat per 1 januari 2006 het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) wordt opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Dit betekent dat alle zwangere vrouwen aanspraak kunnen maken op een vergoeding van deze test.

Echter, prenatale screening wordt niet door de overheid aangeboden en is geen gefinancierd rijksprogramma, het wordt volledig ingebed in de zorg en gefinancierd door de zorgverzekeraars (Gezondheidsraad, 2006). Wel geeft het ministerie van VWS begin 2006 het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de opdracht om de implementatie van het SEO te regisseren. Hiermee is een landelijke organisatie voor de implementatie van het SEO opgezet (Centrum voor Bevolkingsonderzoek, 2006).

1.2 De huidige organisatie

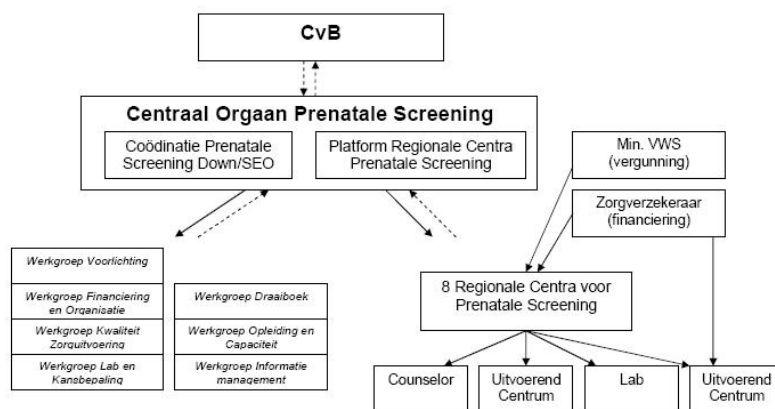
Prenatale screening wordt uitgevoerd in de reguliere verloskundige zorg. De organisatie van de prenatale screening bestaat uit drie lagen: een landelijke, een regionale en een uitvoerende laag.

Op landelijk niveau moet het gemeenschappelijke beleid worden bepaald ten aanzien van voorlichting, richtlijnen, opleidingseisen, registratie en evaluatie.

Op regionaal niveau wordt de uitvoering van de screening gecoördineerd en wordt de kwaliteit bewaakt.

Op plaatselijk niveau vinden de uitvoering van voorlichting en screening plaats door de zorgverleners (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen) in samenwerking met echocentra en het regionaal screeningslaboratorium (Gezondheidsraad, 2006).

In figuur 1 is een schematisch overzicht te zien van de landelijke organisatie structuur van het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB).



Figuur 1: Organisatie structuur CvB (RIVM, 2007b)

De landelijke taken worden uitgevoerd onder regie van het CvB, zij worden daarbij gesteund en geadviseerd door het centraal orgaan (de coördinatiecommissie en het platform regionale centra; zie figuur 1) en coördineren de registratie, monitoring en evaluatie van de prenatale screening (RIVM, 2007b).

In de coördinatiecommissie zijn alle organisaties vertegenwoordigd die betrokken zijn bij de prenatale screening. Onder de organisatie van de prenatale screening valt niet alleen het SEO, maar ook de combinatietest en counseling over prenatale screening. De betrokken organisaties zijn patiëntenverenigingen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en belangenverenigingen. De coördinatiecommissie adviseert over de landelijke opleidingseisen en kwaliteitseisen. Daarnaast draagt de coördinatiecommissie zorg voor landelijk uniform voorlichtingsmateriaal en afspraken rond de landelijke evaluatie. Ook speelt de commissie in op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van prenatale screening (RIVM, 2007b).

In het platform zitten vertegenwoordigers van acht regionale centra voor prenatale screening. Zij hebben voor de prenatale screening bij het ministerie van VWS een vergunning aangevraagd volgens de wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) voor de uitvoering van prenatale screening en counseling in hun regio en zijn daarom ook verantwoordelijk voor de kwaliteitswaarborging in hun eigen regio. De counselors, echoscopisten en laboratoria moeten contracten afsluiten met de in hun regio liggende regionale centrum voor prenatale screening om hun functie uit te mogen oefenen. Elk centrum voor prenatale screening levert jaarlijks gegevens aan voor de landelijke evaluatie en monitoring die wordt uitgevoerd door het CvB (RIVM, 2007b).

Het CvB heeft zeven werkgroepen opgezet. Deze werkgroepen werken opdrachten uit voor de coördinatiecommissie. De opdrachten die zijn uitgewerkt door de werkgroepen, worden voorgelegd aan het platform, die de voorstellen onder andere toets op uitvoerbaarheid. Daarna worden ze voorgelegd aan de coördinatiecommissie, die ze daarna goed of afkeurt (RIVM, 2007b).

1.3 Het onderzoek

Bij een effectieve implementatie van een innovatie spelen diverse factoren een rol. In dit onderzoek zal worden gekeken naar het kwaliteitsdenken en de samenwerking tussen actoren die een rol spelen bij de implementatie van het SEO in de verloskundige zorgsector. Bij deze implementatie zijn veel actoren betrokken, zoals landelijke organisaties, beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties, belangenorganisaties en regionale centra voor prenatale screening.

De indeling van deze scriptie is als volgt:

In *hoofdstuk 2* staat de methodologie van het onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op het onderzoeksonderwerp, de onderzoekseenheden, de onderzoeksmethode en de onderzoeksvragen.

Hoofdstuk 3 beschrijft achtergrond informatie over prenatale screening in het algemeen, specifieke informatie over het structureel echoscopisch onderzoek, de ontwikkelingsgeschiedenis van de echografie en de Wet op het Bevolkingsonderzoek, waaronder de uitvoering van het SEO valt.

In *hoofdstuk 4* staat het theoretisch kader beschreven. Deze vormt de brug tussen de onderzoeksvragen en het onderzoek.

In *hoofdstuk 5* staan de resultaten van het onderzoek. De resultaten van de landelijke organisaties en de resultaten van de regionale centra voor prenatale screening worden ieder apart in dit hoofdstuk beschreven.

In *hoofdstuk 6* staat de conclusie en discussie van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 Methodologie

Dit hoofdstuk behandelt het methodologisch kader. Aan de hand dit kader is dit onderzoek opgezet en uitgevoerd (Baarda, 2005; Geurts, 1999).

2.1 Onderzoeksontwerp

Het onderzoek uitgevoerd voor het afronden van deze master thesis is een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd van oktober 2006 tot oktober 2007 in samenwerking met de Fetal Medicine Foundation (FMF) in Nederland.

Naar de implementatie van technologieën binnen bedrijven en organisaties is redelijk veel onderzoek gedaan, er is echter nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de implementatie van technologieën in een breed veld, zoals de eerste lijnsgezondheidszorg, waar veel actoren en factoren een rol spelen.

Op basis van het theoretisch kader is besloten om op twee onderwerpen de nadruk te leggen tijdens dit onderzoek naar de implementatie van het SEO, zijnde: samenwerking en kwaliteit. In paragraaf 4 van hoofdstuk 4 zal daar verder op in worden gegaan.

2.2 Onderzoekseenheden

De implementatie van de SEO zal alleen op landelijk en op regionaal niveau worden onderzocht. Hiervoor is gekozen in verband met de beperkte tijd voor dit onderzoek. Voor dit onderzoek zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de 'landelijke organisaties' die actief betrokken zijn bij de implementatie van het SEO en vier van de acht regionale centra voor prenatale screening (zie bijlage 1).

De geïnterviewden van de 'landelijke organisaties' zijn:

- Mevrouw Weide; projectleider implementatie prenatale screening, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (**KNOV**);
- Meneer Veersema; bestuurslid Werkgroep Foetale Echoscopie (WFE), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (**NVOG**);
- Mevrouw Tromp; bestuurslid, Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (**BEN**);
- Meneer Annot; directeur, Stichting Thuisbevalling Nederland (**STBN**);
- Mevrouw van Vliet; beleidsmedewerker community genetics, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (**VSOP**);
- Mevrouw Snijders; bestuurslid, Fetal Medicine Foundation (**FMF**) in Nederland;
- Mevrouw Wieringa; programmacoördinator prenatale screening, Centrum voor Bevolkingsonderzoek (**CvB**).

De geïnterviewden van de regionale centra voor prenatale screening zijn:

- Meneer Wildschut; directeur Stichting Prenatale Screening Zuidwest Nederland (Regio **Rotterdam**);
- Meneer Erwich; voorzitter raad van advies, Stichting Prenatale Screening Regio Noord-Oost Nederland (Regio **Groningen**);
- Mevrouw Stolwijk; directeur Stichting Prenatale Screening Regio Nijmegen (Regio **Nijmegen**);
- Meneer Stoutenbeek; directeur Stichting Prenatale Screening Regio Utrecht en omstreken (Regio **Utrecht**).

2.3 Onderzoeksmethode

Bij de in paragraaf 2.2 genoemde organisaties zijn gestructureerde face-to-face interviews afgenomen, welke zijn opgenomen met een digitale voicerecorder. De duur van de interviews varieerde tussen de 45 en 90 minuten. De interviewvragen bestaan uit open en gesloten vragen (zie bijlage 2 en 3). Indien antwoorden onduidelijk of niet voldoende waren, werd er doorggevraagd op het betreffende onderwerp.

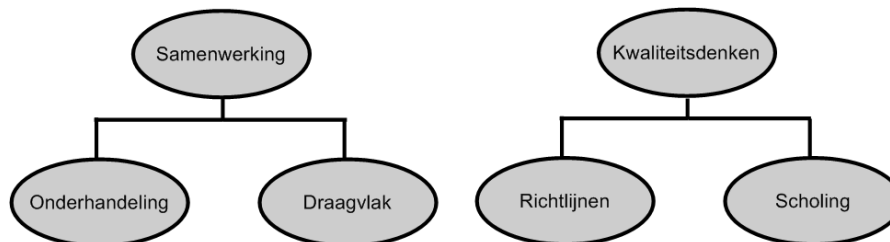
Gekozen is voor gestructureerde face-to-face interviews, omdat dit de meest geschikte methode is om opinies, kennis en attitudes in kaart te kunnen brengen en deze methode de meeste respons op de interviewvragen oplevert. Door middel van deze onderzoeksmethode kan in kaart worden gebracht hoe de samenwerking tussen de geïnterviewde organisaties verloopt bij de implementatie van het SEO en hoeveel aandacht er voor kwaliteitsdenken is bij de implementatie van het SEO.

Na de interviews met de 'landelijke organisaties' zijn per mail nog een aantal korte vragen gesteld. Hiertoe is besloten omdat op een aantal vragen geen duidelijk antwoord kwam. Voor de uniformiteit is besloten de interviews op dezelfde wijze voort te zetten en allen achteraf een mail te sturen met de extra vragen.

De interviews zijn volledig uitgewerkt en vervolgens ter controle teruggestuurd naar de geïnterviewden. Zij konden correcties of verduidelijkingen aanbrengen in het uitgewerkte interview. De gecorrigeerde uitgewerkte resultaten zijn de bron van de resultaten, zoals beschreven in Hoofdstuk 5.

2.4 De interviewvragen

De interviewvragen zijn ontwikkeld op basis van het theoretisch kader zoals beschreven in hoofdstuk 4. Twee hoofdthema's lopen als rode draad door de interviews, namelijk *samenwerking* en *kwaliteitsdenken*. Echter, draagvlak, onderhandeling, richtlijnen en scholing spelen hierbij ook een rol. In figuur 2 staan de hoofdthema's en subthema's schematisch weergegeven. In hoofdstuk 4.4 zal het schema van figuur 2 verder worden uitgebreid op basis van het theoretisch kader.



Figuur 2: Hoofdthema's en subthema's in het onderzoek

Er zijn twee interviewlijsten opgezet, één voor de 'landelijke organisaties' en één voor de regionale centra voor prenatale screening (zie respectievelijk bijlage 2 en 3).

2.5 De onderzoeksvragen

Op basis van het theoretisch kader zoals beschreven in hoofdstuk 4 van deze scriptie zijn de onderzoeksvragen geformuleerd. De onderzoeksvragen bestaan uit één hoofdvraag en drie deelvragen.

Deelvraag 1 kan grotendeels beantwoord worden door literatuuronderzoek en raadpleging van internetsite van de betrokken organisaties. Antwoord op deze deelvraag zal grotendeels beschrijvend zijn. Deelvraag 2 en 3 worden beantwoord naar aanleiding van de interviews. De hoofdvraag kan beantwoord worden met behulp van de drie deelvragen.

Hoofdvraag:

In hoeverre draagt kwaliteitsdenken en samenwerking, tussen de partijen die betrokken zijn bij de implementatie van het SEO, bij aan een effectieve implementatie?

Deelvraag1:

Wat houdt prenatale screening, en in het bijzonder het SEO, in en hoe is de SEO implementatie georganiseerd?

Deelvraag 2:

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij de effectieve implementatie van het SEO?

Deelvraag 3:

In welke mate hebben de betrokken organisaties hun activiteiten met betrekking tot de implementatie van het SEO op elkaar afgestemd?

Hoofdstuk 3 Screening

In dit hoofdstuk worden een aantal achtergrondbegrippen van dit onderzoek nader toegelicht. Eerst zullen de termen *screening* en *prenatale screening* worden beschreven, evenals de verschillende vormen van prenatale screening. Hierna zal de *geschiedenis van de echografie* kort beschreven worden. Ook wordt het verband tussen de *Wet op het Bevolkingsonderzoek* (WBO) en het structureel echoscopisch onderzoek verder toegelicht.

3.1 Inleiding

In Nederland vindt screening plaats voor verschillende aandoeningen en voor verschillende doelgroepen. Zo vindt er borstkanker screening bij vrouwen tussen de 50 en 75 jaar plaats en de hielprik bij pasgeborenen, met het bloed van de pasgeborene kan gescreend worden voor 17 aandoeningen.

Een zwangere vrouw heeft in Nederland de mogelijkheid om haar ongeboren kind te laten onderzoeken. Zo kan ze laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. Ook kan ze laten onderzoeken of haar kind misschien een neuraalbuiscdefect heeft, of een andere aangeboren lichamelijke aandoening. Deze onderzoeken worden *prenatale screening op Downsyndroom en lichamelijke afwijkingen* genoemd en worden gedeeltelijk uitgevoerd met behulp van een echo-onderzoek (Erfocentrum, 2007c).

3.2 Screening

Screening is een breed begrip en wordt in een aantal medische vakgebieden toegepast. De gezondheidsraad is een volgende definitie van screening overeen gekomen:

“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 vastgelegd.”

Er is volgens de gezondheidsraad sprake van screening (Gezondheidsraad, 2001) indien:

- 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;
- het plaatsvindt op initiatief ('aanbod') van het zorgsysteem;
- het een systematisch karakter heeft (alle leden van de doelgroep worden er in beginstel voor uitgenodigd, of nadrukkelijk op de hoogte gebracht van de mogelijkheid er aan deel te nemen).

Ook het nadrukkelijk geven van voorlichting over de mogelijkheid tot het ondergaan van een bepaalde screeningstest moet als 'aanbod' worden beschouwd (Gezondheidsraad, 2001).

3.3 Prenatale screening

De meeste kinderen worden gezond geboren, maar een klein percentage van alle kinderen (3 tot 4 %) heeft bij de geboorte een aangeboren aandoening, zoals het Downsyndroom of een neuraalbuisdefect (spina bifida of anencefalie). Soms is het mogelijk bij het ongeboren kind een dergelijke aandoening op te sporen (prenatale diagnostiek), of vast te stellen of er een verhoogde kans is op een dergelijke aandoening (prenatale screening) (NOVG, 2006).

Onder *prenatale screening* verstaat de gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2001):

“Onderzoek bij zwangeren of hun partner, ter systematisch 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 vastgelegd”

3.4 Welke soorten prenatale screening bestaan er?

Voor prenatale screening bestaan er verschillende testen (NOVG, 2006):

- De termijnecho en de *nuchal translucency* meting (NT-meting). Deze bepalingen vinden plaats bij een zwangerschapsduur van 11 tot 14 weken.
- Een vroege bloedtest (serumscreening). Deze screening vindt plaats bij een zwangerschapsduur van 9 tot 13 weken.
- De combinatie-test. Deze test is een combinatie van de nekploometing en de vroege bloedtest.
- Een late bloedtest (triple test). Deze screening vindt plaats bij een zwangerschapsduur van 15 tot 19 weken.
- Structureel echoscopisch onderzoek (SEO). Deze screening vindt plaats bij een zwangerschapsduur van 18 tot 22 weken.

In de volgende vijf subparagrafen wordt kort toegelicht hoe deze vijf soorten prenatale screening werken en welke aandoeningen ermee kunnen worden opgespoord.

3.4.1 Termijn echo en NT-meting

De termijnecho vindt plaats met behulp van echografie, bij een zwangerschapsduur van 11 tot 14 weken. Deze echo heeft een strikt verloskundige doelstelling. Tijdens de termijnecho wordt de zwangerschap bevestigd en de zwangerschapsduur bepaald aan de hand van de afmetingen van de foetus (de kop-stuit-lengte meting). Ook wordt gekeken naar de plaats van de zwangerschap (binnen of buiten de baarmoeder) en wordt nagegaan hoeveel foetussen er aanwezig zijn (Gezondheidsraad, 2004; Woo, 2006).

De NT-meting, ook wel nekploometing genoemd, wordt door middel van echoscopisch onderzoek uitgevoerd. Tussen de 11^e en 14^e week van de zwangerschap hebben alle embryo's een kleine hoeveelheid vocht onder huid van de nek. Hoe meer vocht, hoe dikker de nekploom en hoe groter de kans dat het kind Downsyndroom of een andere chromosomale afwijking heeft. Voor nauwkeurige bepaling van de kans op Downsyndroom zijn naast de informatie over nekploomdikte, ook de leeftijd van de moeder en de exacte zwangerschapsduur nodig (NOVG, 2006).

3.4.2 Vroege bloedtest (serumscreening)

Bij de vroege bloedtest worden de serumconcentraties van PAPP-A (pregnancy associated placental protein type A) en vrije bèta-hCG (beta fractie van human chorionic gonadotrophin) in het maternale bloed gemeten. Deze waarden worden afgezet tegen de leeftijd en het gewicht van de zwangere vrouw en of de vrouw wel of niet rookt. Deze waarden geven aanvullende informatie over de kans op het Downsyndroom (FMF, 2007b; NOVG, 2006).

3.4.3 Combinatietest

De combinatietest bestaat uit een vroege bloedtest en een nekpluimmeting. De combinatietest berekent nauwkeuriger dan de afzonderlijke testen alleen de kans of het kind het Downsyndroom zal hebben. De bloedafname om de PAPP-A en bèta-hCG te kunnen bepalen vindt eerder plaats (tussen 9 en 13 weken) dan de NT-meting (tussen 11 en 14 weken) (FMF, 2007b; NOVG, 2006). Met de combinatietest wordt berekend hoe groot de kans is dat de vrouw in verwachting is van een kind met Downsyndroom. Na onderzoek weet ze dus nog niet zeker of het kind wel of geen Downsyndroom heeft, hiervoor is invasieve diagnostiek nodig (RIVM, 2007a).

3.4.4 Late bloedtest (Triplettest)

Bij de late bloedtest (ook wel de triplettest genoemd) worden de waarden van drie stoffen in het bloed van de zwangere vrouw gemeten: alfafoetoproteïne (AFP), ongeconjugerd oestriol (uE3) en vrije β subunit van humaan choriongonadotropine (β -hCG). De waarden van de bloedtest worden gecombineerd met de leeftijd en het gewicht van de zwangere vrouw samen met de exacte zwangerschapsduur. Met de late bloedtest kan naast de kans op het Downsyndroom ook de kans op een openrug worden berekend (NOVG, 2006). De Triplettest geeft een inschatting van de kans dat de vrouw in verwachting is van een kind met Downsyndroom of een open ruggetje (RIVM, 2007a).

3.4.5 Structureel echoscopisch onderzoek (SEO)

Structureel echoscopisch onderzoek vindt plaats met speciale echoapparatuur en het onderzoek wordt uitgevoerd door een special opgeleide echoscopist. Met het SEO kunnen sommige lichamelijke afwijkingen worden opgespoord. Als er bij dit onderzoek geen afwijkingen worden gevonden, is dat nog geen garantie dat er helemaal geen afwijkingen zijn, niet alle afwijkingen zijn namelijk zichtbaar (NOVG, 2006).

Tijdens het SEO wordt naar de volgende aspecten gekeken: aantal foetussen, aanwezigheid van foetale hartactie, placentalokalisatie en navelstrenginsertie, hoeveelheid vruchtwater, aantal vaten in de navelstreng, kindsbewegingen, situs (ligging) bepaling. Sommige van deze metingen zijn in het bijzonder van belang voor diabetes patiënten en rhesus negatieve vrouwen met een rhesus positieve foetus.

Daarnaast worden de afmetingen van de foetus beoordeeld door middel van een aantal metingen: hoofdmtrek, transcerebellaire diameter, buikmtrek en femurlengte. Tevens worden hoofd, hersenen, aangezicht, wervelkolom, longen, borstkas, hart, grote vaten, buik en ledematen beoordeelt.

Voorbeelden van afwijkingen die met behulp van een SEO kunnen worden opgespoord zijn: hydrocephalus (waterhoofd), anencephalie (open schedeltje en gedeeltelijke afwezigheid van de hersenen), spina bifida (open ruggetje), exomphalus (navelbreuk), hartafwijkingen, gastroschisis (opening in de buikwand,

waardoor een deel van de buikinhoud door deze opening naar buiten stulpt), hazenlip, hartafwijkingen (Coelho, 1993; FMF, 2007a; NOVG, 2006; Woo, 2006).

3.5 Geschiedenis van de echografie

Echografie wordt ook wel ultrageluiddiagnostiek genoemd. De eerste pogingen om ultrageluid voor medisch-diagnostische doeleinden te gebruiken, dateren van 1937, toen de Oostenrijkse neuroloog K. Dussik en zijn broer, natuurkundige F. Dussik, erin slaagden een continue ultrageluidsgolf vanaf verschillende posities door de schedel te zenden en de energie als licht op een fotografische plaat vast te leggen, hiermee hoopten zij hersentumoren te kunnen lokaliseren. Aan het einde van de jaren veertig werd deze techniek onder anderen door de Siemens Laboratoria in Erlangen uitgewerkt. In 1954 werden de experimenten echter gestaakt toen duidelijk werd dat de effecten van de schedelwand op de geluidsbundel groter waren dan was aangenomen en dat er onvoldoende uitzicht bestond op diagnostische mogelijkheden. In andere delen van Europa en de Verenigde Staten bleef men experimenteren met deze techniek in andere medische vakgebieden. Ook in Nederland was de interesse gewekt voor deze techniek bij de St. Ursula kliniek in Wassenaar, het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam en TNO in Utrecht. Tijdens het wereldcongres voor ultrageluid in Wenen in 1969 bleek hoezeer het gebruik van ultrageluid in de verloskunde, de cardiologie en interne geneeskunde was doorgedrongen. Opvallend was dan ook de afwezigheid van echografisch onderzoekers in de verloskunde uit Nederland. Begin jaren 70 kwam daar echter verandering in, vooral door de ontwikkeling van de real-time B-scanner. Hiermee konden bewegende beelden van hartacties en intra-uteriene bewegingen worden waargenomen. Zelden ging de acceptatie van een medisch specialisme daarna zo snel en zelden is er zo snel consensus bereikt over de diagnostische betekening van de uitslagen die het echoapparaat kon geven. Een belangrijke reden daarvoor was dat de echografie een snelle vorm van diagnostiek was en als onschadelijk gold, waardoor de artsen in staat waren om op veel ruimere schaal zwangere vrouwen te onderzoeken. Minstens zo belangrijk was dat de echografie een geheel nieuw wetenschappelijk onderzoeksgebied bood aan de obstetrici, die zij geheel onafhankelijk van de radiologie konden verkennen met hun eigen vragen en hypothesen. In het begin van de jaren zeventig werd de echoscopie nog beperkt tot zwangerschappen met bijzondere risico's, maar tien jaar later was het maken van een 'echo' vrijwel routine geworden bij elke zwangerschap (Schot, 2001).

3.6 Wet op het bevolkingsonderzoek

Op 1 juli 1996 trad de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) in werking. De WBO, is bedoeld om mensen te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de gezondheid en voorziet in een vergunningstelsel. Bepaalde categorieën bevolkingsonderzoek zijn verboden zonder vergunning van de minister. De wet verplicht hierbij de minister de Gezondheidsraad te horen alvorens te beslissen over vergunningverlening. De WBO is alleen van toepassing op 'bevolkingsonderzoek'. Bevolkingsonderzoek is in de wet gedefinieerd als (Ministerie van Justitie, Stb. 1997, 581):

Geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren.

De WBO heeft echter pas gevolgen als het gaat om vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. Vergunningplichtig is onder meer bevolkingsonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, bevolkingsonderzoek naar kanker en bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is.

Een aanvraag van een vergunning bevat een nauwkeurige beschrijving van:

- de toe te passen onderzoeksmethode;
- de op te sporen ziekten of risico-indicatoren;
- de te onderzoeken categorie van de bevolking;
- de organisatie van het bevolkingsonderzoek;
- de maatregelen die genomen worden om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek te waarborgen.

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld betreffende andere gegevens die bij een aanvraag worden overlegd (Ministerie van Justitie, Stb. 1997, 581).

In november 2003 maakte de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) het kabinetsstandpunt over prenatale screening op Downsyndroom bekend. Dit houdt in dat alle zwangere vrouwen op de hoogte gesteld worden van de mogelijkheid van screening op Downsyndroom. Alleen vrouwen van 36 jaar en ouder krijgen de test voor prenatale screening op Downsyndroom vergoed. Jongere vrouwen kunnen zich op eigen kosten laten screenen. Prenatale screening op neuralebuisdefecten met de 20-wekenecho, ofwel het SEO maakt vanaf 1 januari 2006 deel uit van het basispakket. Dit betekent dat alle zwangere vrouwen aanspraak kunnen maken op vergoeding van deze test.

Het kabinetsstandpunt houdt in dat alle zwangere vrouwen door de verloskundige zorgverlener geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheid van prenatale screening. Door dit 'aanbod' zoals in de WBO-wetgeving is beschreven, is prenatale screening op Downsyndroom en neuralebuisdefecten WBO-vergunningplichtig. Tevens gaat het om screenen op ernstige ziekten waarvoor geen behandeling of preventie bestaat (Gezondheidsraad, 2006; Ministerie van Justitie, Stb. 1997, 581). Per 1 januari 2007 valt de prenatale screening op Downsyndroom en op neuralebuisdefecten onder de WBO-wetgeving. De acht regionale centra voor prenatale screening in Nederland, of de speciaal voor dit doel opgerichte stichtingen zijn daarom overgegaan tot een WBO-vergunningaanvraag bij het ministerie van VWS. Op 22 december 2006 is de vergunning verleend aan de acht regionale centra voor prenatale screening. De vergunning wordt verleend tot 1 januari 2008, daarna zal op advies van de gezondheidsraad tot een verlenging van de vergunning worden overgegaan of niet (Ministerie van VWS, 2007).

De uitvoerders van de prenatale screening op Downsyndroom en neuralebuisdefecten zijn onder de WBO-wet verplicht om per 1 januari 2007 een overeenkomst aan te gaan met het regionale centrum voor prenatale screening (de vergunninghouder) (RIVM, 2007c).

Hoofdstuk 4 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk vormt de brug tussen de onderzoeksvragen en het onderzoek. Op basis van literatuuronderzoek worden de deelthema's uit de onderzoeksvragen verder uitgediept. Dit dient als basis voor de verantwoording van inhoudelijke keuzes in de onderzoeksopzet en vormt een kader waaruit de onderzoeksresultaten verklaard kunnen worden.

4.1 Implementatie

Grol (2006) definieert implementatie als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.

Voorlichting en scholing over de implementatie van een innovatie is daarbij een belangrijke voorwaarde voor echte toepassing, die zorgen voor kennisvermeerdering en attitudeverandering. Echter, dit leidt niet per definitie tot ander handelen in de praktijk. Effectieve implementatie vereist daarom een procesmatige aanpak, waarin effectieve spreiding, kennisoverdracht, attitudeverandering vooraf horen te gaan aan de feitelijke toepassing van de innovatie (Grol, 2006).

De volgende begrippen die gerelateerd zijn aan 'implementatie' zullen in dit onderzoek niet specifiek worden onderzocht, maar behoeven wel een korte toelichting (Davis, 1997):

- Diffusie: Verspreiding van informatie en natuurlijke adoptie door de doelgroep van richtlijnen en werkwijzen.
- Disseminatie: Communicatie van informatie naar hulpverleners om kennis en vaardigheden te vergroten; actiever dan diffusie, gericht op specifieke doelgroep.
- Adoptie: Positieve houding en beslissing van de doelgroep om de eigen werkwijze te veranderen.

Innovaties

Innovaties binnen organisaties vinden op twee manieren plaats: er worden innovaties ontwikkeld of er worden innovaties geadopteerd. Innovaties die ontwikkeld worden binnen een organisatie zijn meestal voor eigen gebruik of voor verkoop aan andere organisaties. De ontwikkeling van een dergelijke innovatie is een proces dat resulteert in een uitkomst, zoals een nieuw product, programma of technologie.

Voor een organisatie die een innovatie adopteert verloopt het proces anders: het innovatie proces begint met gewaarwording van de innovatie, waarna verandering van attitude plaats vindt, gevolgd door een evaluatie, het besluit tot daadwerkelijke adoptie van de innovatie, de implementatie en uiteindelijk het behouden van de innovatie. Een dergelijke innovatie kan worden gezien als een proces waarin een vernieuwing of verbetering een structurele plaats krijgt in het handelen, het functioneren of in de structuur van de organisatie (Damanpour, 1998; Grol, 2006).

Dit onderzoek zal zich richten op een innovatie die binnen de verloskundige zorgsector moet worden geïmplementeerd. In de medische sector bieden innovaties belangrijke mogelijkheden zoals een competitief voordeel en een verhoogde effectiviteit en efficiëntie in de zorg (Griffith, 2000). De adoptie van een innovatie heeft ook vaak als doel de effectiviteit of prestaties van een organisatie te verbeteren. De omgeving, zoals de klant of cliënt, de uitvoerders die gaan werken met de innovatie, de belangenorganisaties en de overheid, hebben daarnaast grote invloed op het vermogen van een organisatie om zich aan te passen en te innoveren (Damanpour, 1998).

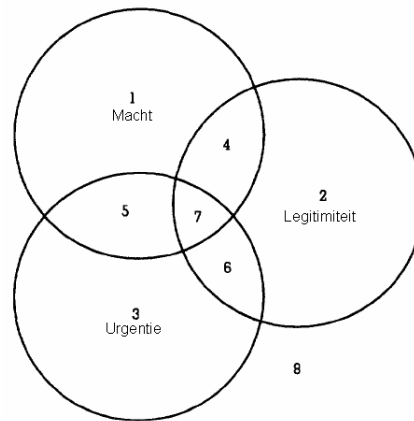
Actoren en macht

In de omgeving waarin de innovatie moet worden geïmplementeerd spelen meerdere actoren een rol. Deze actoren worden vaak ook stakeholders genoemd. Richard Freeman is een van de grondleggers van de stakeholdertheorie. Hij omschrijft stakeholders als volgt (Freeman, 1984):

A stakeholder is any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives.

Een stakeholder, in dit onderzoek actor genoemd, kan dus een persoon, een groep, een organisatie, een instituut, de maatschappij en zelfs de natuur zijn. Een actor bezit daarnaast minstens een van de volgende eigenschappen: *macht*, *legitimiteit* en/of *urgentie* (Mitchell, 1997). Hoe meer van deze eigenschappen de actor bezit hoe meer invloed de actor heeft op de organisatie (Mitchell, 1997). Mitchell (1997) heeft aan de hand van deze drie eigenschappen 8 verschillende typen actoren getypeerd:

1. Een actor met alleen maar macht is latent of inactief;
2. Een actor met alleen legitieme invloed handelt naar eigen regels;
3. Een actor met alleen urgentie is veeleisend;
4. Een actor met macht en legitimiteit is een dominante actor;
5. Een actor met macht en urgentie is een gevaarlijke actor;
6. Een actor met legitimiteit en urgentie is een afhankelijke actor;
7. Een actor die alle drie de eigenschappen bezit, is een belangrijke definitieve actor;
8. Een organisatie of persoon die geen van alle eigenschappen bezit is geen actor, maar kan wel een potentiële actor worden als hij of zij één, twee of drie van de actor eigenschappen krijgt.



Macht kan op twee manieren een belangrijke rol spelen bij onderhandelingen van technologie implementaties. Ten eerste zullen actoren voorafgaand aan de onderhandelingen een beeld hebben van hun eigen macht en dat van de anderen. Dit beeld, correct of niet, beïnvloedt de voortgang van de onderhandelingen. Ten tweede heeft de machtsafstand grote invloed op de onderhandelingen (Mulder, 1976). Hoe groter de afstand tussen een individu en een machtiger ander individu, hoe minder zij geneigd zijn de afstand te verminderen. Deze grote afstand laat zich verder karakteriseren door minder communicatie tussen de twee partijen. Bij implementatie is communicatie cruciaal en is het belangrijk de machtsafstand tussen de partijen zo klein mogelijk te houden (Griffith, 2000).

Typering van actoren is belangrijk voor een manager in een organisatie of voor andere actoren om in staat te zijn de actoren te herkennen en goed te kunnen reageren op verschillende actoren, die legitieme of niet legitieme claims hebben en van invloed zijn op de belangen van de organisatie en de samenwerking (Mitchell, 1997).

In dit onderzoek zijn de actoren de regionale centra voor prenatale screening en de 'landelijke organisaties', zoals de beroepsorganisaties, belangenorganisaties en de overheid. Deze organisaties zijn allen vertegenwoordigd in de coördinatiecommissie,

de werkgroepen en/of in het platform van het Centrum van Bevolkingsonderzoek (CvB).

De diversiteit aan actoren met een variërend niveau van macht, creëert of belemmert mogelijkheden voor technologie implementatie. Hoe groter het aantal actoren, hoe meer eisen, behoeftes en wensen. Daardoor moet er een grote variëteit aan trainingen worden aangeboden en moeten er veel verschillende contacten worden gelegd (Griffith, 2000). Echter, een team met veel verschillende actoren, een multidisciplinair team, draagt bij aan het creëren van draagvlak voor de nieuw in te voeren innovatie. Multidisciplinaire teams werken efficiënt en bevorderen de samenwerking tussen de diverse actoren en bevorderen de kwaliteit van de zorg, aldus Jenny Firth-Cozens (1998).

Belangrijk is dat bij de implementatie van een nieuwe technologie, de verschillende actoren ieder hun eigen belangen en behoeftes goed formuleren, aangeven waar de prioriteiten liggen en samenwerken met de andere actoren om tot een accepteerbaar compromis te komen (Griffith, 2000).

De adoptie van nieuwe ideeën of technologieën wordt beïnvloed door de structuur van de sociale netwerken en specifieke individuen, in of aan de rand van deze netwerken, zoals de genoemde actoren.

Vaak lukt het overdragen van een innovatie beter wanneer mensen minder gelijk aan elkaar zijn, dan wanneer ze erg op elkaar lijken. Ook het percentage mensen in de doelgroep dat de innovatie al heeft geadopteerd is van invloed. Tevens vindt verandering doorgaans alleen plaats na het ontstaan van consensus. Communicatie binnen het sociale netwerk, de mening van opinieleiders, de verwachtingen van belangrijke collega's, de beschikbaarheid en toegankelijkheid van educatie, informatie-uitwisseling en een helder beleid zijn daarbij belangrijke factoren die bepalen of een innovatie wel of niet met succes wordt geïmplementeerd (Davis, 1997; Grol, 2006).

4.2 Samenwerking

De redenen voor samenwerking zijn vaak heel divers. Een van de voordelen is dat de organisatie toegang krijgt tot nieuwe technologieën en expertise van de andere organisatie(s). Ook gaat het ontwikkelingsproces sneller en zijn de kosten en risico's lager wanneer deze plaats vindt in samenwerking met een andere of meerdere andere partijen. Tevens kan men door de samenwerking beter toegang krijgen tot bepaalde markten en kennisgebieden. Daarnaast kan competitie en concurrentie een reden zijn om te gaan samenwerken met bepaalde concurrenten, de concurrenten worden dan bondgenoten (Bruce, 1995).

Naast al deze redenen om een samenwerkingsverband aan te gaan met een andere organisatie, zijn er ook belemmerende factoren die samenwerking juist demotiveren. Zo kan samenwerking vaak erg duur zijn en wordt er soms niet aan de verwachtingen voldaan. De controle over het ontwikkelingsproces in samenwerking met een andere organisatie is minder groot en de kans bestaat dat de partner waarmee samen wordt gewerkt er met de expertise van de organisatie vandoor gaat of er misbruik van maakt. Daarnaast zijn de meeste samenwerkingsverbanden niet stabiel en is het vertrouwen in elkaar niet altijd optimaal (Bruce, 1995).

Onderhandeling

Implementatie van een innovatie is een gecompliceerd proces waarvan 40% tot 75% mislukt. Uit onderzoek blijkt dat onderhandelingen tussen actoren een positieve bijdrage levert aan de implementatie van een technologie in een organisatie (Griffith, 2000). De reden hiervoor is dat onderhandeling een mechanisme is die ertoe leidt

dat actoren op één lijn komen te zitten en tot consensus komen over de onderwerpen die van belang zijn voor de implementatie van de technologie. Dit betekent niet alleen dat ze betrokken moeten zijn bij de onderhandelingen, maar ook actief betrokken moeten zijn bij de implementatie en uitvoering van een nieuwe technologie (Griffith, 2000).

Onderhandeling is verder een mechanisme dat ervoor zorgt dat actoren hun eigen behoeftes en macht, maar ook die van de andere actoren, goed op een rijtje leren zetten. Het is belangrijk dat actoren begrijpen wat de relatie is met elkaar en die met de technologie. Volgens Griffith (2000) zijn er drie voorwaarden wil onderhandeling tussen de actoren tot een succesvolle implementatie leiden:

- Gebruikersgemak van de technologie;
- Bruikbaarheid van de technologie;
- Gebondenheid aan de technologie.

Gebruikersgemak en bruikbaarheid zijn beiden gerelateerd aan de motivatie van de actor om een technologie te gaan gebruiken. Uit onderzoek blijkt dat motivatie van groot belang is bij implementatie (Griffith, 2000).

Onderhandeling vergroot de bruikbaarheid van de technologie, voornamelijk doordat de actor door de onderhandelingen sterk betrokken wordt bij de introductie van de technologie in de organisatie. Hierdoor leren ze de technologie nog beter kennen en ontdekken nieuwe of nog betere toepassingen van de technologie.

Als het gebruikersgemak van de technologie hoog is, vergemakkelijkt dat ook de adoptie van de technologie en zijn uitvoerders meer gemotiveerd om de technologie te gebruiken.

De gebondenheid aan een technologie zegt veel over de lange termijn support, welke van belang is voor een succesvolle implementatie. Door de actoren te betrekken in het implementatie proces wordt hun gebondenheid vergroot. De actoren zijn hierdoor meer bereid om zich in te zetten voor een goede implementatie van de technologie (Griffith, 2000).

Een drietal problemen spelen een rol bij de gebondenheid. Voornamelijk in ziekenhuizen is een groot verloop in personeel, waardoor draagvlak en ervaring met de nieuwe technologie veel minder sterk aanwezig is. De implementatie van een nieuwe technologie brengt vaak hoge kosten met zich mee. En als laatste, brengt de implementatie van een nieuwe technologie vaak drastische veranderingen met zich mee. Niet iedereen binnen een organisatie is voorstander van dergelijke drastische verandering. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot weerstand binnen de organisatie tegen de nieuwe technologie (Griffith, 2000).

Communicatie

Voor de implementatie van innovaties worden vaak implementatieteams gevormd. De activiteiten en contacten die deze teams ontwikkelen, beïnvloeden hun prestaties. De communicatie van een implementatieteam is echter complex, Ancona en Caldwell (1992) hebben daarom de verschillende werkwijzen van een team getypeerd:

- *Ambassadorial activities*: draagvlak creëren voor het team, anderen overtuigen het team te ondersteunen, hulpbronnen veiligstellen en het team beschermen tegen onderbrekingen en verstoringen.
- *Task-coordinator activities*: zijn gericht op het coördineren van activiteiten, bespreken van het productontwerp en het ontwikkelen van communicatie gericht op het oplossen van ontwerpproblemen. De coördinatie, onderhandelingen en feedback zorgt voor een hechtere koppeling met andere afdelingen van de organisatie.
- *Scouting activities*: zijn erop gericht om expertise van de groep te vergroten, nieuwe ideeën en informatie te verzamelen.

Na interviews en onderzoek door Ancona en Caldwell (1992) komen vier soorten teams naar voren:

- *Ambassadorial teams*: vertonen ambassadorial activiteiten, zijn zelfverzekerd en faciliteren effectieve processen en goede samenhang. Deze samenhang kan er echter voor zorgen dat de teams minder externe activiteiten gaan vertonen en verkrijgen op die manier minder feedback.
- *Technical-scouting teams*: ontwikkelen een patroon van continue verkenning en het continu op zoek gaan naar nieuwe benaderingen van de innovatie. Zij komen terecht in een cyclus van complexiteit en negatieve prestaties.
- *Isolationist teams*: ontwikkelen een muur om zich heen waardoor ze een soort coconachtig bestaan gaan leiden. Intern werkt het team effectief en hecht samen, hierdoor sluiten ze zich nog sterker af van de buitenwereld. Maar de vraag is of de klant of consument (extern) deze innovatie wel wil?
- *Comprehensive teams*: vertonen ambassadorial én task-coördinator activiteiten. Feedback vragen en ontvangen, coördinatie en onderhandelingen vinden gedurende het hele project plaats. Deze teams hebben goede voortgang wat betreft budget beheer en werkschema en ontwikkelen het meest innovatieve product gedurende het ontwikkelingsproces.

Samengevat betekent dit dat een aantal factoren een belangrijke rol spelen bij een succesvolle implementatie van een technologie. Samenwerking met andere organisaties en onderhandeling tussen deze organisaties maakt het mogelijk innovaties te implementeren waar één enkele organisatie niet toe in staat is. Last but not least, zorgen samenwerking en onderhandeling voor draagvlak, consensus en betrokkenheid van de samenwerkende organisaties.

De wijze van communicatie van implementatieteams beïnvloedt de prestatie van het team. Communicatie met alle betrokken partijen door het vragen om feedback en onderhandelen over eisen die worden gesteld aan de technologie zijn activiteiten die een positieve uitwerking hebben op het implementatie proces en de prestaties van het team.

4.3 Kwaliteit

De implementatie van een innovatie binnen de gezondheidszorg vindt vaak plaats ten behoeve van een efficiëntere werkwijze en/of ter verbetering van de zorg. Kwaliteit en het behouden van kwaliteit speelt daarbij een belangrijke rol. Maar wat is kwaliteit nu precies? Lohr en Harris-Wehling (1991) formuleerden een empirische definitie van het begrip kwaliteit:

De mate waarin gezondheidszorg zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenkomst is met gangbare medische kennis en inzichten.

Harteloh en Casparie (1998) formuleerden een theoretische definitie van kwaliteit:

Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaring ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg.

Voor dit onderzoek wordt de definitie van Harteloh en Casparie aangehouden.

De Amerikaan W. Edwards Deming is een van de grondleggers binnen het vakgebied van kwaliteitscontrole en kwaliteitsmanagement. Samen met zijn collega Joseph Juran legde hij de basis voor het huidige kwaliteitsdenken en ontwikkelde het zogenaamde 'Total Quality Management' (TQM). TQM benadrukt het belang van continue verbetering van multidisciplinaire processen in de gezondheidszorg en het continu betrekken van de medische professionals bij de besluitvorming over dit proces (Blumenthal, 1998; Grol, 2006; Shortell, 1998). Het gebruik van de Deming cyclus vormt een belangrijk hulpmiddel bij het evalueren en verbeteren van de zorg. De Deming cyclus, oftewel de Plan-Do-Study-Act-cyclus (PDSA-cyclus, figuur 3) maakt gebruik van groei van kennis door het introduceren van veranderingen en het reflecteren daarop. Het doorlopen van één cyclus is meestal onvoldoende; verbeteringen in een systeem verlangen cumulatieve veranderingen en voortdurend opnieuw doorlopen van de cyclus (Langley, 1996). Het meten en evalueren van de zorgverlening hoort dus niet alleen aan het begin of einde van een project te worden gedaan. Idealiter probeert men regelmatig vast te stellen of men op de goede weg zit. Zo kan een implementatieplan voortdurend worden bijgesteld en kan de kwaliteit van de zorg worden gewaarborgd (Grol, 2006).

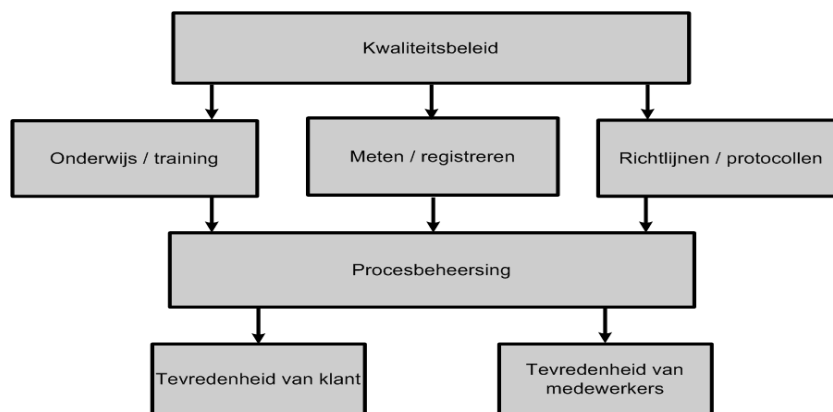


Figuur 3: PDSA-cyclus

Om kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg te realiseren moeten instellingen en praktijken daarnaast een kwaliteitscultuur ontwikkelen waarin leren, teamwork en gerichtheid op klanten centraal staat (Ferlie, 2001). Om tot een dergelijke kwaliteitscultuur te komen, zijn leiders nodig die de missie en visie van de organisatie benadrukken, die alle medewerkers actief betrekken in de kwaliteitsactiviteiten en die continue leren belangrijk vinden (Boan, 2003).

Kwaliteitsbeleid

De kwaliteit van de verleende zorg wordt bepaald door de kundigheid van de zorgverleners, verworven door opleiding en training en gewaarborgd door examens en (her)registratie. Een kwaliteitssysteem bestaande uit deze facetten staat schematisch en vereenvoudigd weergegeven in figuur 4 (Harteloh, 1998).



Figuur 4: Kwaliteitssysteem (Harteloh, 1998)

Opleiding en training garanderen een bepaald basis niveau van de verleende zorg (Harteloh, 1998). Daarnaast is voor een succesvolle implementatie en adoptie van een innovatie, scholing van groot belang. Scholing zorgt voor kennisvermeerdering en een eventuele attitudeverandering (Grol, 2006), zoals ook beschreven in paragraaf 1 van dit hoofdstuk. Richtlijnen zorgen voor een uniforme wijze van

uitvoering, geven aan hoe de zorg er bijvoorbeeld uit moet zien en vormen de basis voor het formuleren van criteria aan de hand waarvan kwaliteitsborging plaats kan vinden.

Richtlijnen

Richtlijnen kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij de handhaving en verbetering van kwaliteit van zorg. De algemeen geaccepteerde definitie van klinische richtlijnen is (Field, 1990, , 1992):

Systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om arts en patiënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij een specifiek klinisch probleem.

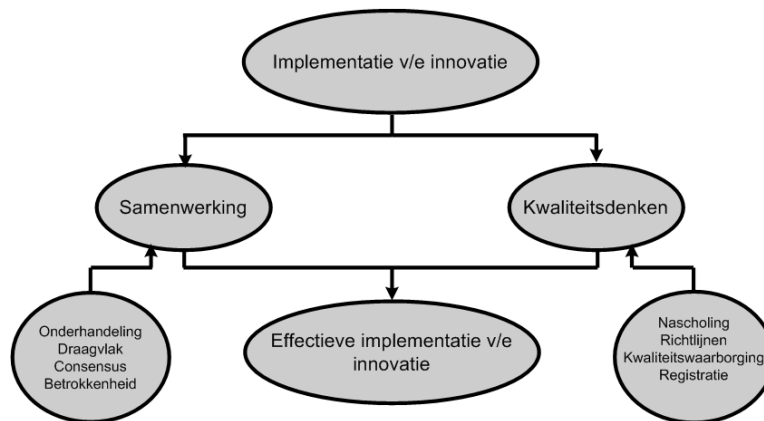
Of richtlijnen de kwaliteit van zorg daadwerkelijk kunnen verbeteren is afhankelijk van een aantal kenmerken van de richtlijnen zelf. Kenmerken van richtlijnen die kunnen bijdragen aan hun gebruik in de praktijk zijn onder andere (Grol, 2001):

- een concrete duidelijke doelstelling;
- een degelijke en verantwoorde wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen;
- aansluiting bij de opvattingen, normen en waarden van de doelgroep;
- de formulering van de aanbeveling is helder en voldoende specifiek;
- de richtlijn laat ruimte over voor aanpassingen gericht op de individuele patiënt;
- de structuur van de richtlijnen is helder en de lay-out is attractief;
- de richtlijn is eenvoudig te raadplegen.

4.4 Theorie en onderzoek

De implementatie van het structureel echoscopisch onderzoek in de 1^e lijnsgezondheidszorg heeft als uitgangspunt een hoge kwaliteit van screening voor alle zwangere vrouwen, ongeacht hun leeftijd, aldus de gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2006).

Op basis van de literatuur blijken de twee factoren, samenwerking en kwaliteitsdenken, van groot belang bij een effectieve implementatie van een innovatie in de gezondheidszorg. Onderhandeling, draagvlak, consensus en betrokkenheid van de organisaties zijn aspecten die een rol spelen bij de samenwerking. Nascholing, richtlijnen, kwaliteitswaarborging en registratie zijn aspecten die een rol spelen bij kwaliteitsdenken. In figuur 5 is dit vereenvoudigd weergegeven.



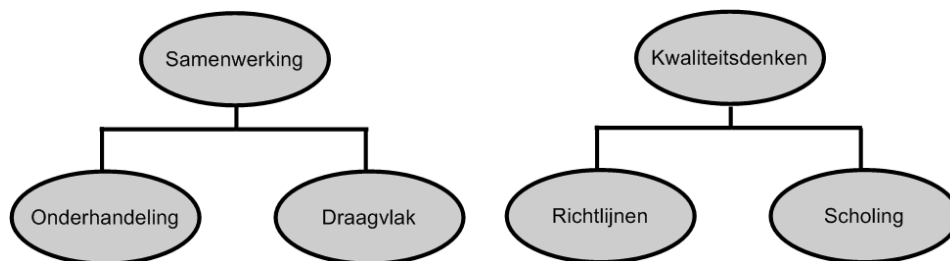
Figuur 5: Effectieve implementatie van een innovatie

Hoofdstuk 5 Interviewresultaten

Door middel van gestructureerde face-to-face interviews met de ‘landelijke organisaties’ en vier regionale centra voor prenatale screening is data verzameld waarmee de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden.

De interviewresultaten van de twee onderzoeksgroepen, de ‘landelijke organisaties’ en de regionale centra voor prenatale screening, zullen in dit hoofdstuk worden behandeld. Er worden geen letterlijke citaten gebruikt in de resultaten, maar een interpretatie van de antwoorden die de geïnterviewden hebben gegeven.

Aan de twee onderzoeksgroepen zijn verschillende interviewvragen gesteld (zie bijlage 2 en 3), daarom zullen de interviewresultaten van de twee onderzoeksgroepen afzonderlijk van elkaar besproken worden. De thema’s waren voor beide groepen echter wel hetzelfde, namelijk:



Deze thema’s zijn de rode draden door de interviewresultaten, die samen een antwoord geven op de hoofdvraagstelling:

In hoeverre draagt kwaliteitsdenken en samenwerking tussen de organisaties die betrokken zijn bij de implementatie van het SEO bij aan een effectieve implementatie?

5.1 De landelijke organisaties

In het kort staan hier de ‘landelijke organisaties’ die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd (zie ook hoofdstuk 2 Methodologie).

De ‘landelijke organisaties’ zijn:

Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV)	Mevr. Weide
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Dhr. Veersema
Beroepsvereniging Echoscopisten (BEN)	Mevr. Tromp
Stichting Thuisbevalling Nederland (STBN)	Dhr. Annot
Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)	Mevr. van Vliet
Fetal Medicine Foundation Nederland (FMF)	Mevr. Snijders
Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB)	Mevr. Wieringa

De landelijke organisaties hebben los, van de implementatie van het SEO, ieder hun eigen taken, doelen en belangen. De drie beroepsverenigingen NVOG, KNOV en BEN en de patiëntenvereniging VSOP behartigen met name de belangen van hun leden. De STBN heeft als doel te faciliteren en ondersteuning te bieden binnen de verloskundige zorgsector. De FMF organiseert nascholing en voert kwaliteitscontrole

uit bij echo onderzoeken. Het CvB coördineert en regisseert bevolkingsonderzoeken in Nederland.

Binnen de organisatie en implementatie van het SEO organiseren de 'landelijke organisaties' de implementatie op hun eigen wijze. *Op het gebied van de counseling, echoscopie en kwaliteitsbewaking is er nog veel te doen*, volgens mevrouw Weide van de KNOV. Daarom proberen zij de belangen van de verloskundigen te behartigen, richtlijnen op te stellen en een organisatorisch kader te scheppen. Om dit alles in goede banen te leiden is mevrouw Weide benoemd tot projectleider prenatale screening, daarbij krijgt zij een gedeelte van de tijd ook ondersteuning van collega's van de KNOV.

De STBN is op dit moment voornamelijk actief bij het opzetten van echocentra in samenwerking met verloskundige praktijken en de 2^e lijnsgezondheidszorg. Met acht medewerkers op kantoor werken ze aan de organisatie hiervan.

De NVOG heeft een multidisciplinaire werkgroep, de Werkgroep Foetale Echoscopie (WFE), zij houden zich bezig met nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de foetale echoscopie, hierover adviseren zij het bestuur van de NVOG. Ook zijn zij actief betrokken bij het opstellen en reviseren van richtlijnen van de NVOG.

De BEN ziet zichzelf voornamelijk als gesprekspartner bij de implementatie van het SEO. Samen met twee andere bestuursleden probeert mevrouw Tromp een stem te krijgen in de besluitvorming rondom de implementatie van het SEO.

De VSOP pleit sterk voor goede counseling, waardoor ouders een goed geïnformeerde keuze kunnen maken, waarna zij ook in staat worden gesteld om handelingsopties te hebben. Mevrouw van Vliet is samen met de directeur van de VSOP, de heer Oosterwijk, actief betrokken bij de implementatie van het SEO.

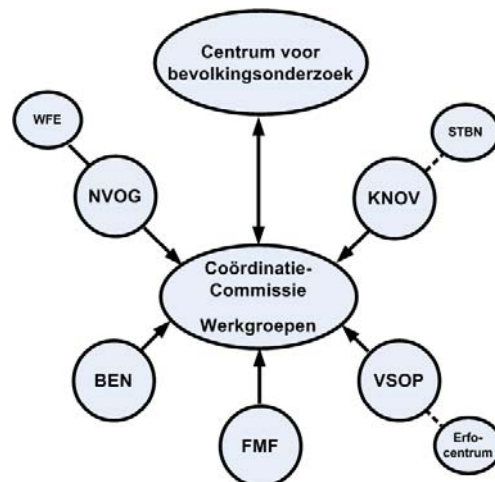
De FMF heeft in Nederland één van de erkende opleidingen voor het SEO en verricht op verzoek kwaliteitsevaluaties. Bij de FMF zijn naast mevrouw Sniijders alle andere bestuursleden actief betrokken bij de implementatie van het SEO.

Het CvB regisseert de invoering van het SEO en heeft een organiserende functie binnen het evaluatie programma van het SEO. Mevrouw Wieringa en haar collega, Mevrouw van Veldhuizen, zijn bij het CvB de programmacoördinatoren prenatale screening.

5.1.1 Samenwerking tussen de 'landelijke organisaties'

Ten behoeve van de implementatie van het SEO zijn er contacten ontstaan tussen de 'landelijke organisaties'.

De NVOG, BEN, FMF, VSOP en KNOV zijn vertegenwoordigd in de coördinatiecommissie en in de werkgroepen van het CvB (zie figuur). De WFE is een werkgroep van de NVOG, zij zijn niet als NVOG-werkgroep betrokken bij de coördinatiecommissie en de werkgroepen. Echter een aantal WFE leden zijn op persoonlijke titel of namens de NVOG wel vertegenwoordigd in de coördinatiecommissie en de werkgroepen. Het Erfocentrum en de STBN zijn afsplitsingen van respectievelijk de VSOP en de KNOV. Het Erfocentrum en de STBN zijn zijdelings betrokken bij de coördinatiecommissie en de werkgroepen. Zij adviseren het CvB, de coördinatiecommissie en de werkgroepen.



Figuur 6: Sociale kaart van de landelijke organisaties die in de coördinatiecommissie en werkgroepen zitten van het CvB.

De KNOV heeft veel overleg binnen de organisatie met collega's en leden. Ze zijn daarnaast actief betrokken bij de werkgroepen, de Coördinatiecommissie en in het Platform van het CvB. Tevens heeft de KNOV een soort strategische alliantie met de STBN en goede contacten met het Erfocentrum.

De NVOG heeft door hun multidisciplinaire werkgroep foetale echoscopie (WFE) veel contacten met verschillende andere organisaties en beroepsgroepen. Vooral het contact met de BEN verloopt de laatste tijd erg goed.

De BEN zegt niet écht samen te werken met andere organisaties, maar is wel gesprekspartner bij het CvB. Verder zijn ze sinds kort ook lid van de WFE van de NVOG en hebben ze contacten met de KNOV, *maar er is nog geen sprake van echte samenwerking.*

De STBN werkt veel samen met de KNOV, daarnaast werken ze regionaal veel samen met de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg. Tevens zijn ze regelmatig aanwezig bij overleg met de BEN, NVOG, CvB, en regionale centra voor prenatale screening.

De FMF werkt net als de STBN ook veel samen met de 2^e lijn, verloskundige praktijken en daarnaast ook met universiteiten. Tevens overlegt de FMF met regelmaat met software fabrikanten van de SEO apparatuur en is de FMF actief in de CvB werkgroepen.

De VSOP werkt samen met veel verschillende organisaties met betrekking tot de implementatie van het SEO. Voordat het CvB de opdracht kreeg om de implementatie van het SEO te regisseren, had de VSOP in samenwerking met het Erfocentrum in 2003 al het project 'Voorlichting en Deskundigheidsbevordering' opgezet. Bij dit project waren ook de KNOV, NVOG, Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN) en Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) betrokken. Sinds 2006 coördineert en regisseert het CvB de prenatale screening in Nederland. Het project 'Voorlichting en Deskundigheidsbevordering' is overgenomen door het CvB.

Het Erfocentrum is het nationale kennis- en voorlichtingscentrum voor erfelijkheid welke is opgericht door de VSOP. Sinds 2000 is het Erfocentrum een onafhankelijke organisatie, die zich inzet om het grote publiek te informeren over erfelijkheid, zwangerschap, perinatale zorg en medische biotechnologie.

Het CvB heeft aan het begin van de organisatie van de prenatale screening in 2006, verschillende organisaties en specialisten gevraagd om plaats te nemen in de werkgroepen, Coördinatiecommissie en het Platform van het CvB. Het CvB werkt binnen deze werkgroepen en commissies samen met deze organisaties en specialisten.

In tabel 1 staat een overzicht met wie de organisaties overleggen of samenwerken ten behoeve van de implementatie van het SEO, aldus de geïnterviewde organisaties.

KNOV	NVOG	BEN	STBN	VSOP	FMF	CvB
NVOG	NVOG	NVOG	NVOG	NVOG	NVOG	NVOG
STBN	KNOV	KNOV	KNOV	KNOV	KNOV	KNOV
BEN	BEN	FMF	BEN	NHG	BEN	STBN
VSOP	NHG	VSOP	FMF	CvB	VSOP	BEN
CvB	CvB	CvB	CvB	VKGN	NHG	VSOP
				Erfocentrum	CvB	NHG
				Stichting Down	ZVN	NVKG
				TNO	VKGN	VKGN
					Hogescholen	RIVM lab

Tabel 1: Samenwerking en overleg voor de implementatie van het SEO tussen de organisaties

Belangrijke onderwerpen tijdens overleg

Alle organisaties behalve de STBN noemen de kwaliteitswaarborging en -richtlijnen de belangrijkste onderwerpen die worden besproken tijdens vergaderingen, overleg en discussies. In tabel 2 staat kort weergegeven welke onderwerpen zij belangrijk vinden en vaak besproken worden.

KNOV	Organisatie SEO Financiering en tarieven van het SEO
NVOG	Organisatie SEO Actuele ontwikkelingen Positie echoscopist Rolverdeling tussen gynaecologen en verloskundigen
BEN	Examens voor (on)ervaren echoscopisten Opleidingseisen
STBN	Tarieven en declaratie structuur Verhoudingen en competenties van de regionale centra en de echo centra Samenwerking en organisatie tussen verloskundige praktijken binnen echocentra
VSOP	Kwaliteit Voorlichting en deskundigheidsbevordering
FMF	Kwaliteitsbewaking Organisatie van de evaluatie en data verzameling Training en nascholing voor kwaliteitswaarborging
CvB	Kwaliteitswaarborging en -richtlijnen

Tabel 2: Veel besproken onderwerpen tijdens vergaderingen, overleg en discussies.

Ontwikkeling van samenwerkingsverbanden

De BEN heeft in haar 10 jarig bestaan geen echte samenwerkingsverbanden ontwikkeld. In de begin jaren na de oprichting van de BEN, zijn ze vooral druk geweest met interne zaken. Sinds de implementatie van het SEO is daar verandering in gekomen en proberen ze meer contacten te leggen met andere organisaties.

Het CvB is begin 2006 actief betrokken bij de prenatale screening, voorheen hadden ze echter via andere screeningsprogramma's al wel contact met diverse organisaties die nu bij de prenatale screening betrokken zijn.

De andere geïnterviewde 'landelijke organisaties' hebben allen al lange tijd diverse samenwerkingsverbanden met andere organisaties.

Het verloop van de samenwerking tussen de 'landelijke organisaties'

Veel contact gaat via e-mail, maar ook via telefoon. Vaak gaat het dan om kleine vragen of onduidelijkheden. Daarnaast zijn er maandelijks vergaderingen van werkgroepen, commissies en besturen, hier worden de belangrijke onderwerpen besproken en afspraken gemaakt. De belangrijkste leidinggevende organisatie is het CvB, maar tijdens of voorafgaand aan de vergaderingen wordt er vaak een voorzitter aangewezen die de vergadering leidt. Dit is vaak afhankelijk van het doel van de vergadering en de belangen die een rol spelen. Op regionaal niveau zijn het vaak de regionale centra voor prenatale screening en Regionale OndersteuningsStructuren (ROSSen) die leidinggevend zijn bij de samenwerking.

De samenwerking verloopt bij alle partijen goed, maar verschilt vaak per organisatie en is afhankelijk van het doel van de samenwerking. De samenwerking van de KNOV met de andere organisaties verloopt goed. *Er zijn veel discussies, dat is soms wel lastig, maar er komt altijd wel consensus, aldus de KNOV. Er zijn verschillen in macht en belangen, dit maakt samenwerking soms complex en vraagt veel tijd en energie.* De samenwerking van de KNOV met haar leden, de verloskundigen, gaat over het algemeen goed.

De samenwerking met andere organisaties verloopt goed, aldus de NVOG, maar soms zijn er lokale domein discussies, die leiden tot gespannen relaties tussen de 1e en de 2e/3e lijnsgezondheidszorg.

Samenwerking met andere organisaties is voor de BEN redelijk nieuw. *Pas de laatste twee jaar is er een beetje erkenning voor het vak echoscopie.* De contacten met andere organisaties beperkt, maar wel veel meer dan voorheen.

De STBN, die door het opzetten van echocentra veel contacten in de praktijk heeft, is positief over samenwerking met andere organisaties. *Soms zijn er wel problemen met de 2e lijn, zij ervaren de komst van de echocentra in de 1e lijnsgezondheidszorg als een soort concurrentie, dit levert soms spanningen op. Vooral de BEN heeft moeite met de invoering van het SEO in de 1e lijnsgezondheidszorg, veel van hun leden werken juist in de ziekenhuizen, waar werk gedeeltelijk verdwijnt omdat het SEO naar de 1e lijnsgezondheidszorg gaat.*

Iedereen in deze samenwerking heeft zich enorm heeft ingespannen, ook al ging de samenwerking niet altijd even soepel, aldus de FMF. Het CvB was niet op alles goed voorbereid. De indeling van de werkgroepen en de keuzes voor adviesbureaus zijn niet altijd even optimaal geweest. Daarnaast ontstond er verwarring over welke werkgroep wat zou doen, doordat bepaalde onderwerpen niet goed gedefinieerd waren.

De VSOP en het CvB vinden dat de samenwerking met andere organisaties goed verloopt.

De samenwerking tussen de organisaties heeft invloed op het beleid, aldus alle zeven geïnterviewde 'landelijke organisaties'. *We proberen samen tot een consensus te komen en maken samen de beslissingen, dat beïnvloedt natuurlijk het beleid en de eventuele werkwijzen, aldus de FMF. De samenwerking zorgt voor betere controle over het ontwikkelingsproces, doordat er samen afspraken worden gemaakt, vergroot dit namelijk het draagvlak en wordt het proces inzichtelijker, aldus de KNOV, NVOG, BEN, STBN en de VSOP. De FMF heeft vernomen dat er tussen het CvB en de regionale centra voor prenatale screening soms wrijving is, doordat de verantwoordelijkheden verdeling niet altijd duidelijk is. De FMF vindt tevens dat de samenwerking tussen de landelijke organisaties, op regionaal niveau niet altijd leidt tot betere controle over het ontwikkelingsproces.*

Verschillen in denkcultuur en belangen

Denkcultuur en belangen tussen de organisaties verschillen regelmatig. Dat maakt de samenwerking ook wel lastig, maar het is geen reden om te stoppen met de samenwerking. Juist door de samenwerking worden de verschillen kleiner, aldus de KNOV.

De BEN merkt inderdaad dat verschillen in denkcultuur en belangen, tussen de organisaties waarmee ze samenwerken, vaak verschillen. *Deze verschillen hoeven echter de samenwerking niet onmogelijk te maken.*

Door de invoering van het SEO in de 1e lijnsgezondheidszorg zijn er spanningen ontstaan tussen de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg, aldus de NVOG. *Deze spanningen zijn ontstaan, door discussies en onenigheid over hoe in de regio de prenatale screening moet worden georganiseerd. In deze situatie staan de verschillende belangen een succesvolle samenwerking zeker in de weg.*

De FMF merkt, door de contacten met de uitvoerders, dat de werkwijzen en denkcultuur van uitvoerders en het CvB nogal eens verschillen. *Niet zozeer de verschillende belangen, dan wel de verschillende doelen staan de samenwerking in de weg.* Daarnaast is de FMF verbaasd, dat ondanks dat het ministerie van VWS de prenatale screening niet erkent als rijksprogramma, het toch in een dergelijk controlepatroon wordt gedwongen.

Doel van de samenwerking tussen de organisaties

De prenatale screening zo goed mogelijk, organisatorisch en kwalitatief, neer zetten is voor alle organisaties het belangrijkste doel van de samenwerking. *Goede samenwerking is noodzakelijk voor een goede invoering*, aldus de STBN. Niet iedereen is het altijd met elkaar eens, de belangen verschillen regelmatig. Door samenwerking komt men echter vaak wel tot een consensus, aldus de KNOV. Daarnaast vindt de VSOP ontwikkeling van goede voorlichting erg belangrijk, dat is mogelijk door samenwerking met verschillende organisaties.

De erkenning voor het beroep echoscopist is erg belangrijk voor de BEN. Een belangrijke reden voor samenwerking is voor hen ook om meer invloed te krijgen op de afspraken die gemaakt worden op landelijk niveau.

Kosten en baten van samenwerking

De samenwerking tussen de 'landelijke organisaties' kost hen veel tijd. Voor de vertegenwoordigers van de BEN en de WFE van de NVOG, vinden vergaderingen en overleg allemaal plaats in de vrije tijd en is onbetaald. De vertegenwoordigers van de andere organisaties, KNOV, STBN, VSOP, FMF en het CvB, is deelname aan het overleg onderdeel van hun functie en krijgen betaald voor de tijd die zij besteden aan de samenwerking met andere organisaties ten behoeve van de implementatie van het SEO. In die gevallen zijn er dus ook extra kosten mee gemoeid.

De KNOV denkt dat samenwerking het ontwikkelingsproces op korte termijn vertraagt, maar op lange termijn juist bij draagt aan de kwaliteit en het draagvlak voor het SEO. De NVOG heeft gemerkt dat bij de voorbereidingen van de implementatie van het SEO, de samenwerking erg veel tijd heeft gekost. Ook nu kost het soms nog veel tijd, het versnelt naar hun mening het ontwikkelingsproces niet. De FMF denkt dat als de verantwoordelijkheden en taken duidelijk zijn, dit het ontwikkelingsproces zal versnellen, maar dat is nu niet altijd het geval. De STBN en VSOP kunnen geen eenduidige mening over geven, of samenwerking het proces versnelt, is volgens hen afhankelijk van de verschillende organisaties en de situatie. De BEN en het CvB vinden dat de samenwerking procesversnellend werkt.

Frequentie van vergaderingen en overleg

De werkgroepen en commissies van het CvB komen ieder gemiddeld één keer per maand bijeen. Alle geïnterviewde organisaties zijn in één of meer van deze werkgroepen en commissies vertegenwoordigd. Daarnaast hebben de verschillende partijen binnen hun eigen organisatie werk-, klankbord- en stuurgroepbijeenkomsten. Indien nodig vindt er ook per e-mail of telefonisch overleg plaats.

Het bestuur van de WFE van de NVOG komt gemiddeld vier keer per jaar bijeen. Bij twee van die vier vergaderingen zijn de overige leden van de WFE aanwezig. De KNOV en STBN hebben met regelmaat overleg. De beide organisaties waren tot april 2007 in hetzelfde gebouw gehuisvest. De projectgroep 'Voorlichting en Deskundigheidsbevordering' van de VSOP en het Erfocentrum kwam van 2003 tot 2006 ongeveer eens in de 2 á 3 maanden bij elkaar en had daarnaast per e-mail en telefonisch veel contact met elkaar.

Werkwijze van de organisaties

De wijze waarop we werken is afhankelijk van het doel, zegt de KNOV. *De ene keer werken we ondersteunend en de andere keer proberen we informatie te vergaren*. De WFE van de NVOG werkt vaak op eigen initiatief opdrachten uit, maar doet dat ook in opdracht van het bestuur. Het doel van de werkgroep is kennis overdracht en advisering van het bestuur. De BEN en STBN zijn beide veel aan het netwerken, contacten leggen en proberen alle nieuwe informatie zo veel mogelijk aan hun leden of werknemers door te geven. De VSOP behartigt de belangen van patiënten

verenigingen en werkt voornamelijk plannen uit en treedt op als adviserend orgaan. De VSOP is daarom in veel overlegorganen en commissies vertegenwoordigd en werkt hecht samen met het Erfocentrum. De FMF inventariseert continu wat de stand van zaken is en probeert op die manier zo veel mogelijk up-to-date te blijven. Verder controleren ze kwaliteit en adviseren ze de echoscopisten en gynaecologen over kwaliteitsverbetering. De werkgroepen bij het CvB moeten opdrachten uitwerken en consensus hierover bereiken. De Coördinatie commissie en het Platform keuren deze goed of sturen het terug voor verbetering. Het CvB speelt hierin voornamelijk een coördinerende rol.

Evaluatie van de samenwerking

Formeel gezien vindt er bij geen van de organisaties een evaluatie plaats van de samenwerking met andere organisaties of van (werk)groepen binnen de organisaties zelf. Informeel vindt dit echter wel plaats. Bij de KNOV vindt vaak aan het einde van een project een afstemmingsoverleg plaats, dan wordt er ook gekeken hoe de zaken lopen. De WFE van de NVOG heeft eens per jaar een functioneringsbespreking met het NVOG bestuur. Maar formeel vindt er geen evaluatie van de samenwerking plaats.

5.1.2 Draagvlak

Draagvlak voor het SEO bij de beroepsgroepen

De KNOV is erg positief dat het SEO onderdeel is geworden van de normale zwangerschapsbegeleiding, *het is een versterking van de 1e lijnsgezondheidszorg en van de positie van de verloskundige. De invoering van het SEO levert werkgelegenheid op vooral voor verloskundigen bij wie de werkgelegenheid op dit moment klein is. Bij de verloskundigen is het draagvlak voor de invoering van het SEO daarom ook groot. Echter sommige verloskundigen twijfelen nog wel aan de invoering van het SEO voor alle zwangere vrouwen door de ethische aspecten die een rol spelen bij het screenen op afwijkingen.*

Volgens de STBN zijn de verloskundigen wel een beetje overrompeld door de snelle invoering, maar zorgt de invoering van het SEO er ook voor dat er meer samenwerking tussen verloskundigen plaats vindt. Hierdoor worden de verloskundigen als beroepsgroep sterker.

De leden van de BEN zijn wel verontrust. Een groot deel van hun 2^e lijnswerk is verdwenen naar de 1^e lijnsgezondheidszorg. Hierdoor is er ook wrijving tussen de echoscopisten en verloskundigen ontstaan. Daarnaast zijn er tot nu toe nog veel onduidelijkheden over opleidingseisen, exameneisen en financiering. *Groot voordeel is wel, dat door de invoering van het SEO het vak echoscopist meer erkend wordt.*

De NVOG vindt dat er nog veel onduidelijk is, bijvoorbeeld over de softmarkers, daar zijn nog geen eenduidige richtlijnen voor. Daarnaast lijkt er een soort concurrentie tussen de ziekenhuizen (2^e lijn) en de verloskundigen (1^e lijn) te zijn ontstaan. Dit is ontstaan door een soort domein discussie tussen de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg. Beide willen graag betrokken zijn bij de uitvoering van het SEO.

De FMF is sceptisch over de registratie voor de accreditatie, deze is nog niet goed geregeld.

Het CvB heeft tot nu toe geen klachten ontvangen over de invoering van het SEO, maar geven ook aan dat ze daar geen goed zicht op hebben.

'Draagvlak' voor het SEO bij de patiënten

De vraag naar het SEO bestaat al enige tijd bij de zwangere vrouw, aldus de KNOV en de NVOG. De VSOP en het CvB zijn vooral erg positief over het feit dat de zwangere en haar partner nu structureel beter geïnformeerd worden. De zwangere

en haar partner zijn nu meer in de positie om een goed geïnformeerde keuze te maken.

De invoering van het SEO er zorgt tevens voor dat de hulpverleners beter zorg kunnen verlenen. De zwangere krijgt nu ook op het goede tijdstip een kwalitatief goede echo aangeboden, hiermee kunnen onnodige complicaties worden voorkomen, aldus de FMF.

De NVOG stipt wel aan dat er ook nadelen zitten aan de nu landelijke invoering van het SEO. De zwangere vrouw kan namelijk ook onnodig ongerust worden gemaakt door het SEO. Vooral in deze opstart fase is de kwaliteit nog niet optimaal, dus zal dat regelmatig gebeuren. Ook hebben de zwangere vrouw en haar partner soms moeite met een niet eenduidige uitslag. Het SEO kan namelijk niet met volle 100% iets aantonen of iets uitsluiten. Volgens de NVOG is het daarom belangrijk dat de counseling goed plaatsvindt.

Volgens de BEN is er op dit moment in sommige regio's een capaciteitsprobleem. Zwangere vrouwen kunnen niet overal terecht voor een SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg, vooral in de plattelands regio's leidt dit tot lange reistijden.

De 'landelijke organisaties' vernemen verder weinig klachten over het SEO van de patiënten/cliënten.

De huidige aanpak

De meningen over de huidige aanpak en invoering van het SEO zijn heel divers. De KNOV, VSOP en het CvB zijn positief over de huidige gang van zaken. De integrale aanpak ervaren zij als erg positief, waardoor er duidelijke landelijke afspraken zijn. De regionale centra voor prenatale screening zijn al druk bezig met het sluiten van overeenkomsten met echocentra, maar hoe het in de praktijk precies loopt weet het CvB niet precies. De KNOV heeft zijn vraagtekens bij de marktwerking binnen de zorg die de invoering van het SEO veroorzaakt.

De NVOG vindt de invoering veel te snel gaan. *Het SEO is een ingewikkelde screening, door de snelle invoering gaat niet alles goed. Er is nog te weinig aansturing en niet voldoende protocollering.*

De FMF vindt de voorbereidingen moeizaam gaan en niet altijd even goed gepland. *Er zijn nog veel onduidelijkheden over wie welke verantwoordelijkheden heeft en er is een gebrek aan financiering om alles goed voor te bereiden. Ook is er een gebrekkige samenwerking met verzekeraars.*

De STBN vindt de volgorde erg onhandig en onduidelijk, *het SEO zat al in het zorgpakket voordat er überhaupt iets geregeld was. Tevens wordt het kwalitatief zwaar opgezet, dat maakt het niet makkelijk.*

De BEN vindt het voornamelijk jammer dat de politiek ervoor heeft gekozen dat het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg moet worden uitgevoerd. *Hierdoor wordt een grote groep echoscopisten over het hoofd gezien. Daarnaast komen toch veel mensen naar de 2e lijn, doordat er nu te weinig capaciteit is in de 1e lijn. Dit levert echter weer problemen op bij het declareren van het SEO bij de zorgverzekeraar.*

Toekomstverwachtingen voor het SEO

Ook de toekomstverwachtingen voor het SEO zijn divers. De KNOV en STBN verwachten dat het SEO een standaard onderdeel zal gaan worden van de zwangerschapsbegeleiding. De NVOG is wat terughoudender, want goede verslaglegging en feedback zijn belangrijk voor de controle en kwaliteit, de detectie percentages zijn nu nog heel verschillend. Goede lange termijn resultaten zijn nog niet zeker. Volgens de BEN is de toekomst van de echoscopisten iets onzeker, doordat het SEO naar de 1^e lijnsgezondheidszorg is verhuisd. Echter, ze verwachten dat een deel van de verloskundigen de echoscopie zwaar zal vallen, waardoor de vraag naar fulltime echoscopisten wel zal blijven bestaan. De VSOP verwacht dat in de toekomst nog meer ontwikkelingen zich op dit gebied zullen voordoen, dus de

implementatie van het SEO kan als blauwdruk dienen voor wat in de toekomst nog ontwikkeld en wellicht geïmplementeerd gaat worden. De FMF verwacht dat het SEO positief bij zal dragen aan de gezondheid van de kinderen in Nederland, maar of het organisatorisch op lange termijn goed is opgezet vinden ze moeilijk in te schatten. Het CvB voorziet geen problemen en verwachten goede lange termijn resultaten.

Hoe groot is de investering?

Voor alle 'landelijke organisaties' is de samenwerking vooral een grote investering in tijd. De voorbereidingen voor werkgroepvergaderingen en andere overlegorganen vergen veel tijd. In sommige gevallen is dit onbetaald of worden alleen de onkosten vergoed. Dit is vooral het geval bij de BEN, de FMF en de WFE van de NVOG. Bij de andere partijen zijn er fondsen aangesproken of subsidies aangevraagd.

5.1.3 Richtlijnen

De relevantie van richtlijnen

Alle organisaties zijn het er over eens dat richtlijnen belangrijk zijn. Vooral om te standaardiseren en te kunnen garanderen dat elke zwangere vrouw die het SEO wil laten uitvoeren kwalitatief goed onderzoek krijgt. De NVOG vindt echter wel dat richtlijnen gedeeltelijk een politiek document zijn, een soort haalbaarheidsdocument. De richtlijnen zijn compromisafspraken en constante aanpassingen zijn nodig voor kwalitatief goede zorg. Er zijn op dit moment nog een aantal aspecten van de screening niet helder, maar de richtlijnen geven houvast en voorkomen dat iedereen zijn eigen gang gaat.

In tabel 3 staat beschreven welke organisaties welke richtlijnen volgen en of ze betrokken waren bij het opstellen van de richtlijnen.

	Welke richtlijnen volgen jullie?	Betrokken bij opstellen?
KNOV	NVOG richtlijnen + KNOV standpunt, daarnaast conformeren we ons aan de landelijke richtlijnen	Ja, bij landelijke en NVOG richtlijnen
NVOG	NVOG richtlijnen + aanvullende FMF richtlijnen	Ja, bij landelijke en eigen richtlijnen
BEN	Landelijke richtlijnen	Ja, bij landelijke richtlijnen
STBN	NVOG richtlijnen + KNOV standpunt	Alleen bij KNOV standpunt
VSOP	Landelijke richtlijnen	Ja, bij landelijke richtlijnen
FMF	Veel onduidelijkheid over welke nu geldt. Alleen de landelijke? Of ook de NVOG richtlijnen?	Ja, bij landelijke richtlijnen
CvB	Landelijke richtlijnen	Ja, bij landelijke richtlijnen

Tabel 3: Het volgen en opstellen van richtlijnen door de organisaties

De voordelen en de nadelen van richtlijnen

Eenduidigheid in handelen ziet de KNOV als voordeel bij het gebruik van richtlijnen, echter een nadeel is wel dat het minder ruimte laat voor eigen individuele opvattingen en uitvoering. De NVOG vindt de richtlijnen nodig om aan te geven tot wat men zich beperkt en het is belangrijk voor de structuur. Nadeel is wel dat richtlijnen al snel achterhaald zijn. Het voordeel van de richtlijnen is dat ze zorgen voor een bepaalde mate van kwaliteit, aldus de BEN en het CvB. *Echte nadelen zijn er niet*. De STBN vindt de richtlijnen richtinggevend, dat voorkomt gesjoemel met

kwaliteit, maar ze moeten wel praktisch blijven. De VSOP is van mening dat de patiënt goede zorg mag verwachten en richtlijnen dragen bij aan die goede zorg. De FMF vindt richtlijnen bijdragen aan de standaardisatie, die essentieel is om goed te kunnen evalueren, nadelen zijn er volgens hen niet.

In tabel 4 staat de beoordeling van de richtlijnen aan de hand van zes kwalificatiecriteria door de 'landelijke organisaties'.

	KNOV	NVOG	BEN	STBN	VSOP	FMF	CvB
Doelstelling duidelijk	Ja, kwaliteit	Ja, kwaliteit	Ja	Ja, kwaliteit	Ja	Ja, kwaliteit	Ja, kwaliteit
Wetenschappelijk	Ja + praktisch	Ja + praktisch	Ja	Ja + praktisch	Ja	Ja + praktisch	Ja + praktisch
Aansluiting	Zo veel mogelijk	Ja, ten dele	Ja	Ja	Ja	Ja en nee	Ja
Helder & specifiek	Ja	Ja – soft markers	Ja	Ja	Geen mening	Ja – soft markers	Ja
Aanpassing mogelijk	Ja, beperkt	Ja	Nee	Ja	Ja, beperkt	Nee	Ja
Eenvoudig te raadplegen	Ja	Ja	Ja	Ja	Geen mening	Ja	Ja

Tabel 4: Kwalificatie van de richtlijnen

5.1.4 Kwaliteit en bij- en nascholing

Kwaliteitseisen van het structureel echoscopisch onderzoek (SEO)

Eén van de kwaliteitseisen van het SEO is het volgen van de richtlijnen. *Daarnaast is het belangrijk dat de SEO-uitvoerder zijn vaardigheid op peil houdt. Dit betekent dat de uitvoerder een minimum aantal SEO's moet uitvoeren per jaar, de ervaring en vaardigheid bevordert de kwaliteit, aldus de KNOV.*

De NVOG vindt vooral training, opleiding en voortdurende bij- en nascholing van belang voor de kwaliteit. Ook periodieke visitatie van SEO-uitvoerders is volgens de NVOG belangrijk bij de kwaliteitsbewaking.

De BEN conformeert zich aan de landelijke richtlijnen van het CvB voor de kwaliteitsbewaking. *De eisen zijn wel hoog, maar als je lager inzet gaat dat ten koste van de kwaliteit.*

De STBN, de VSOP en het CvB verwijzen voor de kwaliteitseisen naar de landelijke richtlijnen, zowel inhoudelijk als organisatorisch zijn deze goed.

De FMF vindt een goede opleiding met een landelijke uniforme toets erg belangrijk voor een goede kwaliteit. De opleidingseisen staan beschreven in de landelijke richtlijnen, welke grotendeels overeenkomen met de richtlijnen van de FMF.

Kan men op dit moment aan de kwaliteitseisen voldoen?

De KNOV denkt dat de organisatie op dit moment dusdanig is dat ze aan de kwaliteitseisen kunnen voldoen. *De KNOV heeft namelijk een echoregister opgesteld, waar alle verloskundigen in staan geregistreerd indien ze aan de opleidingseisen voldoen voor het SEO. De zorgverzekeraars accepteren alleen declaraties van SEO-uitvoerders die in dit register staan.*

De NVOG is van mening dat er op dit moment niet aan die eisen kan worden voldaan. *Er zijn nog veel uitvoerders bezig met de opleiding, die pas recentelijk bestaat, dus nog niet alle SEO-uitvoerders zijn gecertificeerd en ook de ervaring van de gemiddelde SEO-uitvoerder is nog beperkt.*

Volgens de BEN is bij de grote echocentra alles wel goed geregeld, *daar zitten vaak ervaren echoscopisten. Maar bij de kleinere echocentra is het nog even afwachten*

hoe zij het doen. Aan het einde van het jaar zal bij de evaluatie blijken of de kwaliteit van de echocentra voldoende is.

De STBN weet uit ervaring dat er vooral op het platteland nog wel wat spanningen zijn en nog niet alles goed is georganiseerd, vooral schaalgrootte creëren is daar lastig.

Volgens de VSOP en het CvB zal op dit moment nog niet iedereen aan de eisen voldoen. *Veel uitvoerders moeten nog aanvullende cursussen volgen, daarom is 2007 ook een overgangsjaar, dus zal men iets soepeler omgaan met de regels en kwaliteitseisen.*

Relevantie van training en nascholing

Alle organisaties vinden training en nascholing zeer relevant om goede kwaliteit te kunnen behalen en behouden. De KNOV wil graag een herregistratie invoeren die samenhangt met de bij- en nascholing. Op deze wijze willen ze de SEO uitvoerders blijven motiveren om hun vak goed bij te houden.

De BEN vindt stage plekken daarbij ook van groot belang. Op dit moment zijn er niet voldoende stage plaatsen, waar leerlingen praktijkervaring op kunnen doen.

Door de vele nieuwe ontwikkelingen is nascholing ook erg belangrijk, vindt de STBN. De VSOP is van mening dat training en nascholing belangrijk zijn voor een goede technische SEO-uitvoering, maar ook voor een goede counseling aan het begin van de zwangerschapsbegeleiding.

De FMF vindt training en nascholing ontzettend belangrijk. *Deze zijn niet los te koppelen van kwaliteit, aldus de FMF.*

Motivatie voor training en nascholing

De motivatie voor training en nascholing is volgens alle betrokken organisaties groot. *Vooraf de mensen met affiniteit met het vak zijn erg gemotiveerd voor training en nascholing, ook al zien ze er tegenop, aldus de BEN en de KNOV.* De FMF ziet vooral veel gemotiveerde mensen onder de arts-echoscopisten, echoscopisten en verloskundigen. Bij de gynaecologen is de bereidheid om getoetst te worden en om gerichte nascholing te volgen minder.

Informatievoorziening door organisaties over nieuwe ontwikkelingen

Alle beroepsorganisaties, de BEN, KNOV en de NVOG, hebben hun eigen nieuwsbrief die zij schriftelijk, danwel digitaal sturen naar hun leden. In deze nieuwsbrieven worden vaak nieuwe ontwikkelingen besproken en toegelicht.

Voor de verloskundigen is er daarnaast ook het 'Tijdschrift voor Verloskundigen', de KNOV website en de algemene leden vergaderingen. Ook de STBN informeert de verloskundigen via e-mail of nieuwsbrieven.

De NVOG verwijst naast hun nieuwsbrief ook naar de NVOG-website en de FMF-website. *Er worden regionale casus besprekingen georganiseerd en er wordt hard gewerkt aan een e-learning methode om leden voor te lichten over nieuwe ontwikkelingen, aldus de NVOG.*

De BEN heeft naast de nieuwsbrief, twee keer per jaar een algemene leden vergadering, waar leden op de hoogte worden gesteld van nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast kunnen ze het secretariaat altijd bereiken per mail voor vragen.

De VSOP en het Erfocentrum werken hecht samen. Het Erfocentrum licht het grote publiek voor via hun website en een hulplijn. De VSOP heeft een nieuwsbrief voor hun leden en probeert beleidsmatig de voorlichting te beïnvloeden.

De FMF heeft veel inhoudelijke informatie op hun website staan. Voor organisatorische zaken verwijzen ze door naar de website van het CvB.

Het CvB heeft naast hun nieuwsbrief veel informatie staan op de website van het RIVM.

Evaluatie van het implementatieproces

Over de evaluatie van het implementatieproces is niet veel bekend, dat is een zaak van het CvB en het ministerie van VWS, aldus de NVOG, VSOP en de FMF.

In de coördinatiecommissie en het platform zitten zijn afgevaardigden betrokken organisaties. Indien er problemen zijn gedurende het implementatieproces, kunnen deze aan de orde worden gesteld tijdens vergaderingen van de coördinatiecommissie en het platform. Het CvB is daar ook bij aanwezig en wordt op die wijze op de hoogte gesteld de problemen en kan daar eventueel op reageren.

De kwaliteit van het SEO wordt geëvalueerd op regionaal niveau door de regionale centra voor prenatale screening en op landelijk niveau door het CvB.

Typering van de organisaties

Op basis van de beperkte resultaten over de werkwijzen van de 'landelijke organisaties' kunnen aan de organisaties bepaalde eigenschappen worden toegekend volgens het systeem van Ancona en Caldwell (1992):

De KNOV vertoont 'ambassadorial' en 'task-coordinator activities'. De KNOV zet zich in om de verloskundigen goed in te lichten over de invoering van de prenatale screening. Hiermee creëren ze draagvlak en versterken ze de positie van de verloskundigen. Daarnaast zijn zij actief binnen alle commissies van het CvB. In deze commissies wordt overlegd, gediscussieerd en onderhandelt over de precieze vormgeving en implementatie van het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg.

De WFE van de NVOG vertoont vooral 'scouting activities'. De werkgroep foetale echoscopie verdiept zich in de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de echoscopie en prenatale screening en adviseren hierover het bestuur van de NVOG.

De BEN vertoont 'ambassadorial activities'. De BEN vindt erkenning van het beroep echoscopist belangrijk, zij proberen vooral draagvlak te creëren voor hun beroep als zelfstandige echoscopist.

De STBN vertoont 'task-coordinator activities'. De STBN is actief betrokken bij het opzetten van nieuwe echocentra in de 1^e lijnsgezondheidszorg. Hierover adviseren zij ook de KNOV en het CvB.

De FMF vertoont 'scouting activities'. De FMF heeft één van de erkende opleidingen voor het SEO in Nederland en verricht op verzoek kwaliteitsevaluaties. Doel is om de kennis en expertise van echoscopisten te vergroten

De VSOP vertoont 'task-coordinator activities'. Van 2003 tot 2006 was de VSOP initiatiefnemer en coördinator van het project 'Voorlichting en Deskundigheidsbevordering'. De VSOP is vanaf 2006 actief in een aantal commissies van het CvB. Vooral op het vlak van counseling en voorlichting werken ze veel plannen uit en adviseren hierover het CvB.

Het CvB vertoont 'ambassadorial' en 'task-coordinator activities'. Het CvB regisseert de implementatie van de prenatale screening in Nederland en betreft daarbij zoveel mogelijk actoren en deskundigen.

5.2 De regionale centra voor prenatale screening

De regionale centra voor prenatale screening zijn WBO-vergunninghouders en hebben de taak om de SEO-uitvoerenden te contracteren en de kwaliteit te borgen. Daarnaast verstrekken de centra gegevens voor de landelijke evaluatie en monitoring van de prenatale screening (RIVM, 2007b).

In Nederland zijn verdeeld over het land, acht regionale centra voor prenatale screening (zie bijlage 1). Vier van deze centra zijn voor dit onderzoek geïnterviewd.

De vier regionale centra voor prenatale screening zijn:

Stichting Prenatale Screening Regio Zuidwest Nederland (Rotterdam)	Dhr. Wildschut
Stichting Prenatale Screening Regio Noordoost Nederland (Groningen)	Dhr. Erwich
Stichting Prenatale Screening Regio Nijmegen (Nijmegen)	Mevr. Stolwijk
Stichting Prenatale Screening Regio Utrecht en omstreken (Utrecht)	Dhr. Stoutenbeek

5.2.1 De regionale centra voor prenatale screening

De organisatie van de regionale centra voor prenatale screening in Nederland is niet in alle regio's hetzelfde. De vier regionale centra voor prenatale screening die geïnterviewd zijn, hebben een stichting opgericht. Het dagelijks bestuur wordt uitgevoerd door de directeur van de stichting, soms met ondersteuning van een secretaresse.

Bij de stichting prenatale screening regio Utrecht en omstreken (regio Utrecht) is de heer Stoutenbeek aangesteld als directeur. Zijn functie bedraagt 0,5 fte, daarnaast krijgt de heer Stoutenbeek ondersteuning van een secretaresse.

Bij de stichting prenatale screening Zuidwest Nederland (regio Rotterdam) is de heer Wildschut aangesteld als directeur. Zijn functie bedraagt 0,2 fte, daarnaast krijgt de heer Wildschut ondersteuning van een bestuurskundige (0,8 fte).

Bij de stichting prenatale screening regio Nijmegen (regio Nijmegen) is mevrouw Stolwijk aangesteld als directeur. Haar functie bedraagt 0,5 fte.

Bij de stichting prenatale screening Noordoost Nederland (regio Groningen) is de heer Erwich, als hoofd van de afdeling prenatale diagnostiek in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), actief betrokken bij de prenatale screening in de regio Groningen. De heer Erwich is voorzitter van de raad van advies van de stichting, een directeur is er op dit moment nog niet. Daarnaast heeft de stichting regio Groningen een kwaliteitsmedewerker aangesteld om een goed kwaliteitssysteem op te zetten voor de regio.

De bezetting van het stichtingsbestuur van de vier regionale centra voor prenatale screening is redelijk vergelijkbaar en bestaat uit 6 tot 8 bestuursleden. Allen hebben een of meerdere gynaecologen uit een academisch en/of perifeer en/of satelliet ziekenhuis en een of meerdere verloskundigen uit 1^e, 2^e en/of 3^e lijn. Daarnaast zijn vaak nog een aantal specialisten gevraagd, zoals een (klinisch) geneticus of chemicus, een belangen behartiger van de patiënten, bedrijfskundige, financiële medewerker en/of juridische medewerker. De regio Nijmegen heeft naast het algemeen stichtingsbestuur een dagelijks bestuur, dit zijn 4 leden vanuit het algemeen bestuur.

De stichtingen regio's Utrecht, Rotterdam en Groningen hebben tevens een raad van advies opgezet (zie bijlage 1). Deze raad van advies heeft als taak het dagelijks bestuur van de stichting te adviseren. Hierin zijn vaak de 1^e lijnshulpverleners uit de regio, zoals verloskundigen en huisartsen en de 2^e lijnshulpverleners uit de regio, gynaecologen en echoscopisten vertegenwoordigt.

De vier stichtingen zijn zelfstandige organisaties. *Echter, het platform en de coördinatie commissie van het CvB hebben grote invloed op hun, aldus de regio's Utrecht, Rotterdam en Nijmegen.* In het platform en de coördinatiecommissie worden de landelijke afspraken gemaakt en richtlijnen op gesteld.

Bij de besluitvorming over de invoering van de prenatale screening voor alle zwangere vrouwen in Nederland, heeft de politiek, het ministerie van VWS, en de Gezondheidsraad veel invloed gehad op de voorwaarden die gesteld zijn aan de prenatale screening, aldus de regio Utrecht.

De stichting regio Groningen staat onder de vlag van het UMCG. Het UMCG faciliteert de stichting regio Groningen. *Het CvB is niet sturend, zij controleren of het programma voldoet aan de afspraken die gemaakt zijn bij de verstrekking van de WBO vergunning, aldus de heer Erwich van de stichting regio Groningen.*

Samenwerking tussen regionale centra met het CvB

De samenwerking van de stichting prenatale screening regio Utrecht en omstreken met het CvB verloopt goed, volgens de heer Stoutenbeek. *Er zijn soms wel onduidelijkheden of meningsverschillen, voornamelijk over het tempo waarin alles gebeurt, maar uiteindelijk komen we meestal wel tot een compromis.*

Ook de heer Wildschut van de regio Rotterdam vind de samenwerking met het CvB goed verlopen. Hij zit als afgevaardigde van de stichting in het platform en houdt op deze manier het stichtingsbestuur op de hoogte van alle ontwikkelingen en besluiten. Mevrouw Stolwijk van de regio Nijmegen vindt dat alles wel in zeer korte tijd moet worden geregeld. Dat is soms een groot knelpunt, maar verder verloopt de samenwerking met het CvB goed.

De heer Erwich van de regio Groningen is van mening dat het CvB niet altijd alles even handig regisseert. *Soms worden plannen heel snel afgehandeld en doorgedrukt, later blijken ze dan soms onwerkbaar te zijn. Dat is erg onhandig en kost uiteindelijk meer tijd. Ook door de vele verschillende organisaties die betrokken zijn bij de implementatie, is de samenwerking soms ook wel lastig, aldus de heer Erwich.*

Overleg tussen de regionale centra en andere organisaties

Overleg tussen het CvB en de regionale centra voor prenatale screening vindt met regelmaat plaats in het Platform. Ook vindt er overleg plaats via e-mail tussen de Platformleden en werkgroepleden. Vaak zijn dit digitale brainstorm sessies. Deze zijn volgens de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht erg belangrijk. Hierdoor kan het implementatieproces van de prenatale screening zo snel gaan. Ook binnen de stichtingsbesturen vindt veel communicatie via e-mail plaats. In tabel 5 staat een overzicht hoe vaak de stichtingsbesturen van de regionale centra en raden van advies vergaderen.

	Utrecht	Rotterdam	Nijmegen	Groningen
Stichtingsbestuur	Elke 1 ½ mnd	Elke 2 mnd	d.b. elke mnd a.b. elke 4 mnd	Elke mnd
Raad van advies	4x per jaar	1-2 x per jaar		8-12 x per jaar

Tabel 5: Frequentie van overleg van stichtingsbesturen en raden van advies (d.b.= dagelijks bestuur; a.b.= algemeen bestuur)

Belangrijke onderwerpen

In alle vier de regio's spelen ongeveer dezelfde vragen en onderwerpen een rol. Bij de regionale centra zijn belangrijke onderwerpen waarover wordt gediscussieerd of waar vragen over bestaan:

- Organisatie en logistiek van het SEO in de regio;
- Welke data moeten we verzamelen voor de kwaliteitsborging?
- Hoe worden wij, de regionale centra, gefinancierd?
- Wat zijn precies de opleidingseisen voor SEO uitvoerders?
- Welke aanvullende lokale richtlijnen en criteria kunnen we stellen?
- Hoe stellen we de overeenkomsten met echo centra precies op?
- Op grond van welke criteria kunnen we een echocentrum of SEO uitvoerder weigeren, indien er een te groot aanbod aan echocentra of SEO uitvoerders bestaat?
- Kan een echocentrum op de grens van twee regio's met twee regionale centra voor prenatale screening een overeenkomst afsluiten?

5.2.2 De echocentra

Samenwerking tussen regionale centra en de echocentra

In de regio Utrecht beginnen de echocentra nu langzaam aan contact te zoeken met het regionale centrum voor prenatale screening om tot een contract te komen. De perifere ziekenhuizen, de STBN en de stichting Saltro in de regio Utrecht zijn wat sneller dan de verloskundigen met de organisatie van echocentra. *In het begin zijn de verloskundigen ook geadviseerd door hun beroepsvereniging KNOV om geen overeenkomst te tekenen, waarom is niet duidelijk. Hierdoor zijn de verloskundigen pas onlangs begonnen met de organisatie en opzet van echocentra. De samenwerking tussen verschillende partijen, zoals ziekenhuizen, verloskundigen en gynaecologen, gaat nog moeizaam, men vertrouwt elkaar nog niet genoeg.*

In de regio Rotterdam zijn nog geen overeenkomsten afgesloten, dus samenwerking met echocentra is er nog niet. *Er zijn op dit moment wel zes echocentra die belangstelling hebben getoond, maar formeel hebben ze zich nog niet aangemeld. Het regionale centrum prenatale screening regio Zuidwest Nederland (Rotterdam) zal de komende tijd actief bij echocentra langsgaan om voorlichting en uitleg te geven over de overeenkomsten die zij moeten sluiten met het regionale centrum en de eisen die aan hen gesteld worden, aldus de heer Wildschut.*

In de regio Nijmegen zijn de echocentra goed op de hoogte van de inhoud van de overeenkomst. *De contacten met hen verlopen dus ook goed, aldus mevrouw Stolwijk. De ziekenhuizen zijn minder goed op de hoogte van het feit dat ook zij, voor de uitvoering van het SEO en de counseling, een overeenkomst moeten afsluiten met de WBO-vergunninghouder van de regio. Deze ziekenhuizen zijn extra benaderd en geïnformeerd hierover. De verloskundigen zijn goed geïnformeerd door de KNOV en in verschillende verloskundige kringen is men actief aan het werk om het SEO en de NT-meting goed te organiseren. Er zijn op dit moment 10 conceptovereenkomsten de deur uit en er liggen nog ongeveer 60 aanvragen in de wacht bij onze stichting.*

In de regio Groningen zijn alle echocentra, de counselors en de patiëntenvereniging vertegenwoordigd in de raad van advies van de stichting. Daardoor verlopen de contacten met de uitvoerders goed. Sinds kort zijn de heer Erwich en Mevrouw Snijders (kwaliteitsmedewerker) een visitatieronde gestart; *Hierdoor kunnen we goed in kaart brengen hoe iedereen er voor staat en wie eventueel nog wat hulp nodig heeft voor verbetering van de kwaliteit. Volgend jaar kunnen we dan de puntjes op de i zetten qua nascholing en ook andere zaken fine-tune.*

Overleg tussen regionale centra en echocentra

In de regio's Utrecht, Rotterdam en Groningen vindt veel overleg plaats via de raad van advies. Naast dat een raad van advies het stichtingsbestuur adviseert, is er ruimte voor vragen en het bespreken van problemen. Hier kan het stichtingsbestuur op inspelen en zij blijven op deze wijze goed op de hoogte van alle ontwikkelingen en knelpunten.

De regio Nijmegen heeft geen raad van advies of klankbordgroep. Volgens mevrouw Stolwijk is de regio daar te groot voor. Ook één op één bezoeken kosten te veel tijd, dus overleg vindt plaats via e-mail en telefoon. Via een nieuwsbrief van de stichting prenatale screening Nijmegen houdt mevrouw Stolwijk de uitvoerders op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en besluiten. In het stichtingsbestuur zitten wel twee verloskundigen, dus via hen verneemt het stichtingsbestuur eventuele problemen of onduidelijkheden van de uitvoerders. Tevens heeft de stichting in maart 2006 een grote bijeenkomst gehouden voor de hele regio, dit najaar (2007) zijn ze weer van plan om een bijeenkomst met alle uitvoerders van prenatale screening te organiseren.

Belangrijke onderwerpen en problemen op regionaal niveau

Tijdens bijeenkomsten van de raden van advies komen problemen en onduidelijkheden aan bod, zoals:

- Moeten de echoscopisten en gynaecologen, die al 10 of 20 jaar het SEO uitvoeren, ook een examen afleggen om gecertificeerd te worden? Of komt voor hen een overgangsregeling?
- Welke voorwaarden worden er aan counseling gesteld?
- Met welk laboratorium gaat het regionale centrum in zee voor de combinatietest?
- Is er al meer duidelijk over de softmarkers?
- Hoe lang is mijn certificaat geldig?
- Hoe zal de kwaliteitsborging worden opgezet?
- Wat moeten we wel en niet registreren?

De regio's Rotterdam en Groningen hebben naar aanleiding van deze vragen een uitgebreide handleiding geschreven voor hun eigen regio om meer duidelijkheid te scheppen over de softmarkers, werkwijzen, logistiek en andere onduidelijkheden. Daarnaast is nog niet duidelijk hoe men precies met de uitslagen om moet gaan. Wat is hierin de taak van de counselor, de echoscopist en behandelaar (verloskundige of gynaecoloog)?

De vergoeding van echo-uitvoerders was vooral aan het begin van het jaar nog niet goed geregeld, volgens de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht. *De verzekeraars hielden het echoregister van de KNOV aan om vergoedingen toe te kennen. Echter, veel echo-uitvoerders zijn geen verloskundigen, daardoor konden zich niet in het register inschrijven, dus werd het SEO bij hen niet vergoed. Inmiddels zijn daar nieuwe goede afspraken over gemaakt.*

De regio Nijmegen heeft voor sommige echocentra een brief geschreven aan zorgverzekeraars, *daarin werd toegezegd dat op korte termijn wel een overeenkomst te verwachten was tussen het echocentrum en het regionale centrum. Officieel hebben de echocentra een overeenkomst met een regionaal centrum nodig om het SEO vergoed te krijgen van de zorgverzekeraar. Echter, 2007 is nog een overgangsjaar is, dus moeten de zorgverzekeraars iets soepeler omspringen met deze regel. Volgend jaar zullen alle echocentra een contract met een regionaal centrum nodig hebben om het SEO uit te mogen voeren en vergoed te krijgen van de zorgverzekeraar.*

5.2.3 Kwaliteit en richtlijnen voor het SEO

Landelijke richtlijnen en kwaliteitseisen zijn volgens de vier regionale centra erg belangrijk. Ze zorgen voor uniformiteit en het voorkomt willekeur en variatie in de uitvoering.

De NVOG heeft richtlijnen opgesteld voor de uitvoering van het SEO. Echter, het CvB heeft kwaliteitseisen opgesteld voor het SEO. Welke richtlijnen de geldende richtlijnen zijn voor de uitvoering van het SEO is niet duidelijk.

Volgens de heer Wildschut en Erwich van de regio's Rotterdam en Groningen vullen de CvB kwaliteitsrichtlijnen en NVOG richtlijnen elkaar aan, maar de softmarkers zouden beter beschreven moeten worden in de landelijke richtlijnen van het CvB. Volgens de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht zijn de NVOG richtlijnen en de kwaliteitsrichtlijnen van het CvB hetzelfde. De NVOG richtlijnen zijn overgenomen door het CvB en aangevuld met organisatorische en financiële kwesties en een draaiboek. De heer Stoutenbeek vraagt zich daarbij wel af hoever we moeten gaan; *We kunnen als we willen heel veel screenen, maar worden we daar gelukkiger en gezonder van?*

In tabel 6 staan de kwalificaties van de richtlijnen door de vier regionale centra voor prenatale screening.

	Utrecht	Rotterdam	Nijmegen	Groningen
Doelstelling	Ja, kwaliteit	Ja, aantonen afwijkingen	Geen mening	Ja, goed SEO uitvoeren
Wetenschappelijk	Ja	Ja, redelijk tot matig	Ja, maar deels wel, deels niet	Ja, maar deels wel, deels niet
Aansluiting	Ja en nee, zijn compromissen	Nee, kan nooit helemaal	Geen mening	Ja, grotendeels wel
Aanpassing mogelijk	Ja	Weinig	Geen mening	Ja
Eenvoudig te raadplegen	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabel 6: Kwalificatie van de richtlijnen

Kwaliteitswaarborging

De wijze van kwaliteitswaarborging is op landelijk niveau op dit moment nog niet bekend, aldus de vier regionale centra. Op regionaal niveau zijn daar wel ideeën over, zoals bijvoorbeeld het uitvoeren van audits, het fotografische documenteren van de echometingen en de logboeken en apparatuur controleren. Een aantal regionale centra heeft aanvullende regels opgesteld met betrekking tot de kwaliteitsborging en dataverzameling. Deze aanvullende regels staan in het addendum van het overeenkomst dat het echocentrum sluit met het regionale centrum.

Nascholing

De regio's Utrecht en Nijmegen zijn van mening dat nascholing de eigen verantwoordelijkheid is van de SEO-uitvoerders. *Het kan echter wel zo zijn dat bij kwaliteitscontrole wordt gevraagd naar de laatst gevolgde nascholingscursussen van de SEO uitvoerder*, aldus mevrouw Stolwijk van de regio Nijmegen. *Ook zal de regio Nijmegen nascholingscursussen vermelden in de nieuwsbrieven.*

De regio's Rotterdam en Groningen zijn juist van plan om nascholing actief aan te bieden aan de SEO uitvoerders. De heer Wildschut van de regio Rotterdam is actief

betrokken bij de deskundigheidsbevordering, hierover is veel overleg met het CvB. In de regio Groningen is in samenwerking met de hogeschool een echo-opleiding opgezet. *Daarnaast zijn er lokaal 1 keer per maand nascholingsbijeenkomsten en regionaal organiseren we 2 tot 4 keer per jaar nascholingsbijeenkomsten, aldus de heer Erwich.*

Motivatie voor de invoering van het SEO

De motivatie voor de invoering van het SEO is groot. Vooral in de 1^e lijn waar een overschot aan verloskundigen is, is verbreding van het vak van de verloskundige erg welkom. *De 2^e lijn doet het SEO al jaren, voor hen is het daarom niets nieuws. De 2^e lijn vindt het soms wel oneerlijk dat het SEO door de politiek in de 1e lijn is geplaatst. Daarentegen willen de verloskundigen graag dat het SEO bij de standaard verloskundige 1^e lijnszorg gaat horen, dit voorkomt dat hun cliënten onnodig verdwijnen in de 2^e lijnszorg. Hierdoor ontstaan soms spanningen tussen de 1^e en 2^e lijnszorgverlening, ze bekijken elkaar met argusogen, aldus de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht.*

Volgens de heer Erwich van de regio Groningen *dacht men eerst dat men er rijk van kon worden. De verloskundigen zagen ook extra werkgelegenheid en vakverbreding. Na verloop van tijd is men het wat realistischer gaan bekijken en zijn vooral de serieus geïnteresseerden overgebleven. Voor de ziekenhuizen is het verder belangrijk dat ze het SEO in huis hebben om hun adherentiegebied te claimen. Dit verbeterd de samenwerking met de 1e lijnsgezondheidszorg waardoor ook andere verwijzingen beter lopen. In Friesland loopt de invoering van het SEO nog niet goed, dit komt voornamelijk door spanningen en competitie tussen 1e en 2e lijnsgezondheidszorg.*

5.2.4 De invoering van het SEO

De huidige aanpak en invoering van het SEO is volgens de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht, *het schoolvoorbeeld van hoe je het niet moet doen. De volgorde waarin alles gebeurd en uitgewerkt wordt klopt niet. Een goed voorbeeld zijn de voorlichtingsfolders, deze zijn pas onlangs gemaakt. Dit had aan het begin gemoeten, zodat alle zwangere vrouwen vanaf het begin dat het werd aangeboden goede voorlichting zouden hebben gekregen.* Daarnaast moeten de regionale centra een hoop dingen regelen en organiseren, zonder dat daar op dit moment financieel iets voor geregeld is.

Ook de heer Erwich van de regio Groningen had liever meer tijd gehad om een goede structuur te kunnen bouwen. *In het begin was de vraag groot en het aanbod nog klein en onervaren, dat is de kwaliteit niet ten goede gekomen. Daarnaast is er weinig overleg geweest met het veld over de haalbaarheid van de deadlines. Het is nu een haastklus geworden, waardoor er veel dingen slordig worden ingevoerd en er achteraf nog zaken aangepast en verbeterd moeten worden.*

De heer Wildschut van de regio Rotterdam vindt dat de invoering vrij daadkrachtig plaats vindt. *Vervelend is echter, dat er voor dit jaar geen goede financiering van de regionale centra is. Maar ondanks alle blokkades gaat het behoorlijk slagvaardig, ook bij het CvB.*

Mevrouw Stolwijk van de regio Nijmegen vindt dat ze wel weinig tijd hebben om alles goed op te zetten. *In eerste instantie was het jaar 2006 een overgangsjaar waarin alles landelijk en regionaal moest worden opgezet, dat is niet haalbaar gebleken. Ook 2007 is een overgangsjaar geworden en nu nog steeds moet er een veel gebeuren in korte tijd en het lijkt ook dit jaar niet haalbaar om alles af te ronden, aldus mevrouw Stolwijk.*

De investeringen voor de regionale centra

Voor alle regionale centra is de invoering van het SEO een grote investering wat betreft tijd en capaciteit. Maar ook financieel zijn er veel kosten. Op dit moment is er echter voor het jaar 2007 nog geen financiële duidelijkheid over hoe de regionale centra bekostigd gaan worden. De regio's Nijmegen, Utrecht en Rotterdam krijgen financiële steun van het academische ziekenhuis waarmee ze verbonden zijn. De regio Groningen regelt en organiseert op dit moment alles op vrijwillige basis zonder vergoeding.

Alle regio's verwachten dat dit in de toekomst, na de volledige implementatie van het SEO, de kwaliteitswaarborging en administratie veel tijd en capaciteit zal gaan kosten.

De heer Stoutenbeek van de regio Utrecht, merkt op dat het voor de SEO-uitvoerders ook een grote investering is qua tijd, capaciteit en kosten. Zij moeten echocentra oprichten, samenwerkingverbanden aangaan met echoscopisten, verloskundigen en huisartsen in de regio, soms nieuwe apparatuur aanschaffen, bijscholen en constant alle nieuwe regels en richtlijnen blijven volgen.

De toekomstverwachtingen van het SEO

De heer Stoutenbeek van de regio Utrecht denkt dat het SEO geheel ingeburgerd zal raken. *Echter het SEO is in eerste instantie ingevoerd om te screenen op spina bifida, maar wordt nu gebruikt om te screenen voor veel andere afwijkingen. De screening wordt hierdoor ook moeilijker en het aantal doorverwijzingen en vervolgonderzoeken kan hierdoor stijgen, waardoor de druk op de 2e en 3e lijnsgezondheidszorg groter wordt. Het SEO kan hierdoor indirect toch duurder worden voor de overheid dan gedacht*, aldus de heer Stoutenbeek.

De heer Wildschut van de regio Rotterdam verwacht dat er veel afwijkingen zullen worden gemist in de 1^e lijnsgezondheidszorg, doordat de kwaliteit niet voldoende is. *In Frankrijk zijn de eerste rechtzaken al aangespannen door ouders die een kindje hebben met een afwijking, die door de SEO-uitvoerder over het hoofd is gezien. In Frankrijk is er hierdoor een capaciteitsprobleem ontstaan en zijn de verzekeringspremies voor SEO-uitvoerders niet meer te betalen*, aldus de heer Wildschut. Hij wil benadrukken dat goede training en feedback voor de SEO-uitvoerders en goede voorlichting voor de zwangere vrouwen zeer belangrijk is.

Mevrouw Stolwijk van de regio Nijmegen verwacht dat er in het begin meer doorverwijzingen naar de 2^e lijnsgezondheidszorg zullen ontstaan, doordat de SEO-uitvoerders nog niet heel ervaren zijn. Na verloop van tijd zal dit wel afnemen, doordat ze meer ervaring krijgen en beter herkennen wanneer iets wel of niet een afwijking is.

De heer Erwich van de regio Groningen denkt dat we in Nederland nog wel drie jaar nodig hebben om de kwaliteit van het SEO op een goed niveau te krijgen. Voor goede kwaliteit is namelijk vooral veel ervaring nodig en daarmee tijd.

Typering van de organisaties

Op basis van de beperkte resultaten over de werkwijzen van de regionale centra kunnen aan de organisaties bepaalde eigenschappen worden toegekend volgens het systeem van Ancona en Caldwell (1992):

De regio Utrecht vertoont 'ambassadorial' en 'task-coordinator activiteiten'. Zij coördineren de organisatie en implementatie van de prenatale screening in de regio Utrecht en omstreken. Daarnaast betrekken zij de SEO-uitvoerders via de raad van advies bij de implementatie van het SEO. Dit bevordert het draagvlak voor de implementatie.

De regio Rotterdam vertoont 'ambassadorial', 'task-coordinator' en 'scouting activiteiten'. Ze coördineren de organisatie en implementatie van de prenatale screening in de regio Zuidwest Nederland. Daarnaast zijn ze actief bezig met

nascholing en deskundigheidsbevordering. Tevens betrekken zij de SEO-uitvoerders via de raad van advies bij de implementatie van het SEO. Dit bevordert het draagvlak voor de implementatie.

De regio Nijmegen vertoont 'task-coordinator activities'. Ze coördineren de organisatie en implementatie van de prenatale screening in de regio Nijmegen en omstreken.

De regio Groningen vertoont 'ambassadorial', 'task-coordinator' en 'scouting activities'. Ze coördineren de organisatie en implementatie van de prenatale screening in de regio Noordwest Nederland. Daarnaast zijn ze actief bezig met scholing en trainingen voor het SEO. Tevens betrekken zij de SEO-uitvoerders via de raad van advies bij de implementatie van het SEO. Dit bevordert het draagvlak voor de implementatie.

Hoofdstuk 6 Conclusie en Discussie

In paragraaf 6.1 van dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten besproken en de onderzoeksvragen beantwoord. Daarbij zullen eerst de deelvragen worden beantwoord, gevolgd door de beantwoording van de hoofdvraag.

In paragraaf 6.2 zullen de onderzoeksresultaten en conclusies worden bediscussieerd en de beperkingen van dit onderzoek worden besproken, waarbij ook aanbevelingen voor verder onderzoek zullen worden gedaan.

6.1 Conclusies

De eerste deelvraag is van dit onderzoek: Wat houdt prenatale screening in en hoe is de SEO implementatie georganiseerd?

Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is tegenwoordig een veel gebruikte wijze van prenatale screening. Prenatale screening is “onderzoek bij zwangeren of hun partner, 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 vastgelegd”, aldus de definitie van de Gezondheidsraad.

Het SEO wordt uitgevoerd door een speciaal opgeleide echoscopist met eventueel een verloskundige of gynaecologische achtergrond. Met behulp van dit onderzoek kunnen lichamelijke afwijkingen van de foetus worden opgespoord, echter het onderzoek sluit niet met 100% zekerheid een afwijking uit. Als er een verdenking op een afwijking is, volgt nader onderzoek door een specialist.

Sinds 1 januari 2006 is het SEO in het zorgpakket opgenomen en wordt deze vorm van prenatale screening vergoed door de zorgverzekeraar. Het SEO is een vorm van screening die aan alle zwangere vrouwen wordt aangeboden en valt onder de wet bevolkingsonderzoek (WBO). Om een goede kwaliteit en organisatie te kunnen garanderen aan alle zwangeren in Nederland, is begin 2006 het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) gevraagd de implementatie van het SEO te regisseren en de resultaten van het SEO op landelijk niveau te evalueren. Om te komen tot een goede opzet heeft het CvB een groot aantal betrokken organisaties en specialisten gevraagd vanuit werkgroepen en commissies (een coördinatiecommissie en een platform) advies te geven. Deze commissies en werkgroepen kunnen worden gezien als multidisciplinaire teams.

Multidisciplinaire teams werken efficiënt en bevorderen de samenwerking tussen de verschillende organisaties (§4.1) (Firth-Cozens, 1998). Door de commissies en werkgroepen van het CvB is de samenwerking tussen de ‘landelijke organisaties’ intensiever geworden en deze verloopt verder goed. Echter, door de vele verschillende actoren binnen deze werkgroepen en commissies, zijn er vaak verschillende belangen, behoeftes en wensen. Deze verschillen kunnen de implementatie van het SEO belemmeren (§4.1) (Griffith, 2000). Uit dit onderzoek is gebleken dat de verschillende belangen, behoeftes en wensen er toe leiden dat er veel overleg, onderhandeling en discussie is tussen alle actoren die vertegenwoordigd zijn in de commissies van het CvB. De samenwerking, discussies en onderhandelingen zorgen ervoor dat de verschillende actoren uiteindelijk tot een consensus komen (§4.2) (Griffith, 2000). Mevrouw Weide van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) is zelfs van mening dat de verschillen best lastig zijn, maar dat juist door de samenwerking en discussies de verschillen tussen de verschillende actoren kleiner worden. Deze stelling wordt ook

onderbouwd door Jenny Firth-Cozens (1998). Door de intensieve samenwerking en het streven naar consensus, wordt het draagvlak en de betrokkenheid bij de implementatie van de innovatie ook vergroot (§4.2) (Griffith, 2000).

In acht regio's in Nederland zijn regionale centra voor prenatale screening opgezet. Deze regionale centra hebben een WBO-vergunning aangevraagd en zijn verantwoordelijk voor de kwaliteitbewaking van het SEO in hun regio. Omdat de uitvoering van het SEO WBO-vergunningplichtig is, moeten counselors en echocentra een overeenkomst afsluiten met een vergunninghouder; het regionale centrum voor prenatale screening in de betreffende regio. De vier geïnterviewde regionale centra hebben een stichting opgezet met een stichtingsbestuur bestaande uit zorgverleners uit de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg en vaak ook nog een bestuurskundige of jurist. De stichtingsbesturen vergaderen gemiddeld één keer per maand. Daarnaast neemt een directeur de dagelijkse zaken waar.

De regio's Rotterdam, Groningen en Utrecht hebben een raad van advies opgericht waar vertegenwoordigers van de echocentra in plaats nemen, zij kunnen het stichtingsbestuur adviseren en problemen bespreken tijdens de vergaderingen van de raad van advies.

Op landelijk niveau worden de regionale centra voor prenatale screening via het platform actief betrokken bij de implementatie van het SEO. Het actief betrekken van de regionale centra voor prenatale screening en de SEO-uitvoerders bij de implementatie van het SEO bevordert het draagvlak voor de implementatie en de technologie (§4.2) (Griffith, 2000).

De tweede deelvraag is: Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van het SEO?

In het theoretisch kader (hoofdstuk 4) zijn een aantal factoren genoemd die een rol spelen bij de implementatie van een innovatie. In de analyse van de resultaten komen een groot aantal van deze factoren naar voren die een bevorderende of belemmerende rol spelen bij de implementatie van het SEO. Er zijn twee belangrijke factoren die invloed hebben op het implementatieproces, namelijk: samenwerking en kwaliteitsdenken. Onder samenwerking vallen de activiteiten zoals onderhandeling, draagvlak creëren, consensus bereiken en betrokkenheid vergroten (Griffith, 2000; Grol, 2006). Deze factoren worden ook beïnvloed door machtsverschillen tussen de actoren (Griffith, 2000). Onder kwaliteitsdenken vallen de activiteiten zoals, beschikbare en toegankelijke (na)scholing, ontwikkelen van richtlijnen, continu evalueren en aanpassen (PDSA-cyclus) en registratie voor kwaliteitswaarborging (Grol, 2006; Harteloh, 1998; Langley, 1996).

Van 2003 tot 2006 werkten de NVOG, KNOV, Vereniging Samenwerkende Ouderen Patiëntenorganisaties (VSOP) en het Erfocentrum samen in het project 'Voorlichting en deskundigheidsbevordering'. De Fetal Medicine Foundation (FMF) en Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN) waren niet betrokken bij dit project. Samenwerking tussen de 'landelijke organisaties' vindt sinds 2006 voornamelijk plaats in de coördinatiecommissie en de werkgroepen van het CvB.

Opmerkelijk is dat de BEN, ondanks dat ze actief zijn in de commissies en werkgroepen van het CvB, niet spreekt van samenwerking met de andere 'landelijke organisaties'. De contacten met de andere organisaties zijn pas heel recentelijk begonnen en hun invloed is nog beperkt. De prioriteiten liggen bij de BEN voornamelijk bij de erkenning van het vak echoscopist en de versterking van de positie van de echoscopist. De BEN is geen machtige actor. Zij bezitten als actor 'legitimiteit' (echoscopisten mogen het SEO uitvoeren) en 'urgentie' (door beperkte capaciteit bij de andere beroepsgroepen is er vraag naar echoscopisten in de 1^e lijnsgezondheidszorg), maar het ontbreekt de BEN aan macht. Hierdoor zijn ze een afhankelijke actor (§4.1) (Mitchell, 1997). Erkenning van het vak echoscopist en de

versterking van hun positie kan de 'machtspositie' verbeteren, echter goede samenwerking is daarvoor ook belangrijk.

De samenwerking tussen de verschillende actoren ('landelijke organisaties') verloopt verder zonder grote problemen. Zoals al eerder in dit hoofdstuk beschreven zorgen de samenwerking en discussies binnen de commissies en werkgroepen van het CvB, ervoor dat de 'landelijke organisaties' tot een consensus komen. Deze consensus draagt bij aan het draagvlak voor het SEO.

Echter, tussen de BEN en de KNOV is soms wel enige wrijving. Voorheen werd het SEO in de 2^e lijnsgezondheidszorg uitgevoerd. Omdat het SEO nu landelijk in de 1^e lijnsgezondheidszorg wordt geïmplementeerd verdwijnt er gedeeltelijk werkgelegenheid voor de echoscopisten in de 2^e lijn. De verloskundigen daarentegen zien extra werkgelegenheid en vakverbreding ontstaan door de implementatie van het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg. De KNOV heeft samen met de STBN de verloskundigen daarom goed ingelicht over deze nieuwe ontwikkeling. Hierdoor is er veel motivatie en draagvlak bij de verloskundigen voor de implementatie van het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg. Deze voorlichting zorgt voor kennisvermeerdering, welke bijdraagt aan een effectieve implementatie (§4.1) (Grol, 2006). Tussen de echoscopisten en verloskundigen is hierdoor concurrentie ontstaan. Machtverschillen tussen de BEN en de KNOV spelen hierbij een rol. Een te grote machtsafstand laat zich volgens Griffith (2000) karakteriseren door minder communicatie tussen de twee actoren (§4.1). Dat is zeker het geval bij de BEN en de KNOV. De BEN is een 'kleine nieuwkomer' en de KNOV is een 'grote goed gevestigde organisatie'. Dit is ook een reden waarom de samenwerking tussen de BEN en de KNOV stroef verloopt.

Op regionaal en plaatselijk niveau is deze wrijving tussen verloskundigen en echoscopisten ook merkbaar. In sommige regio's zijn er flinke discussies en onenigheid over de organisatie van het SEO tussen de 1^e en de 2^e lijnsgezondheidszorg. Concurrentie en het ontbreken van vertrouwen zorgen ervoor dat men niet tot een consensus kan komen. In de provincie Friesland is dit vooral opvallend, de opzet van regionale centra komt daar zeer moeizaam van de grond. Het ontbreken van goede samenwerking en consensus (§4.2) (Griffith, 2000) werkt hier zeer duidelijk belemmerend voor een effectieve implementatie van het SEO.

De samenwerking tussen de 'landelijke organisaties' en centra kost veel tijd en energie. Vervelend is dan ook als onderwerpen niet goed gedefinieerd zijn en de verdeling van verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk is. Dit leidt vooral tot inefficiënte samenwerking en implementatie van de innovatie (§4.1) (Davis, 1997; Grol, 2006).

Naast veel tijd draagt de implementatie van het SEO voor bijna alle organisaties ook extra kosten met zich mee. De VSOP heeft hier speciaal subsidie voor aangevraagd, maar bijvoorbeeld de BEN bestuursleden en de WFE leden zijn vrijwilligers die zich onbetaald inzetten voor de organisatie. De kosten en de grote hoeveelheid (vrije)tijd die de samenwerking kost, zou voor deze personen en organisaties een reden kunnen zijn om voorzichtig te investeren in de samenwerking om hoge (on)kosten te voorkomen. Echter, uit dit onderzoek bij de landelijke organisaties blijkt niet dat dit het geval is op dit moment. De organisaties zijn zich ervan bewust dat voor een goede implementatie een intensieve samenwerking nodig is. De motivatie en inzet hiervoor is groot.

De acht regionale centra voor prenatale screening zijn vertegenwoordigd in het platform van het CvB. De samenwerking tussen de regionale centra en het CvB verloopt goed. Echter de tijdsdruk is een vaak terugkerend discussiepunt. Door de tijdsdruk worden voorstellen van de werkgroepen soms snel goedgekeurd en doorgedrukt. *Dit komt niet ten goede van een goede doordachte implementatie,*

aldus de heer Erwich van de regio Groningen en mevrouw Stolwijk van de regio Nijmegen.

Daarnaast ontbreekt er dit jaar (2007) financiële ondersteuning van de regionale centra. Een aantal regionale centra en bestuursleden van deze regionale centra, krijgen geld voorgeschoten van het academisch ziekenhuis waarmee ze verbonden zijn. De regionale centra vinden het storend dat de overheid voor dit overgangsjaar geen financiële ondersteuning geeft. Er wordt door de overheid verlangd van de regionale centra de organisatie en kwaliteitswaarborging in hun regio op te bouwen, maar krijgen daar niet voldoende financiële middelen voor.

De tijdsdruk, het ontbreken van financiële ondersteuning en onduidelijkheden over verantwoordelijkheden verdeling zorgen soms voor wrijving tussen het CvB en de regionale centra voor prenatale screening. Wrijving tussen deze organisaties zorgt voor minder goede samenwerking en minder draagvlak voor de plannen van het CvB. Ook hebben de regionale centra niet altijd de controle over het implementatieproces die ze graag zouden willen hebben. Deze factoren kunnen belemmerend werken voor een effectieve implementatie van het SEO.

De vraag van zwangere vrouwen naar het SEO bestond al enige tijd, aldus de KNOV, NVOG en BEN. Hierdoor worden de zorgverleners gemotiveerd om het SEO aan te gaan bieden en zich bij te scholen. Volgens de VSOP is het dan ook een goede ontwikkeling dat zwangere vrouwen en hun partner nu structureel beter worden geïnformeerd en daardoor beter in staat zijn een keuze te maken. De heer Veersema van de NVOG vindt niet dat er alleen maar voordelen zitten aan het aanbieden van het SEO aan alle zwangere vrouwen. Door het standaard aanbieden van prenatale screening zal de zwangere en haar partner ook eerder onnodig ongerust worden gemaakt. Ook omdat de uitslag van het SEO niet eenduidig is.

Vanuit de Plan-Do-Study-Act-theorie van W. Edwards Deming is het evalueren, reflecteren en bijsturen van processen een belangrijk hulpmiddel voor het verbeteren van processen (§4.3) (Langley, 1996). Geen van de organisaties heeft gekozen voor een bewuste formele vorm van (tussentijdse) evaluatie van de samenwerking en het implementatieproces. Bijsturing en aanpassing van de samenwerking en het implementatieproces vindt hierdoor minimaal plaats. Op dit moment kan niet geconcludeerd worden dat er hiaten in de opzet en organisatie van de implementatie van het SEO zijn ontstaan. Zeer aannemelijk is wel dat de samenwerking en het implementatieproces effectiever zouden verlopen als men dit wel zou doen.

Richtlijnen spelen een belangrijke rol voor de kwaliteit van het SEO, aldus de regionale centra voor prenatale screening. Vooral uniformiteit van de uitvoering speelt daarbij een belangrijke rol (§4.3) (Field, 1992; Harteloh, 1998). Echter, er is onduidelijkheid over welke richtlijnen de geldende zijn; de NVOG richtlijnen of de richtlijnen en kwaliteitseisen van het CvB. Deze verwarring zorgt niet voor uniformiteit in de uitvoering van het SEO. Beide richtlijnen voldoen volgens alle geïnterviewde organisaties echter wel grotendeels aan de zes kwaliteitseisen voor richtlijnen.

Het CvB moet op landelijk niveau nog definiëren welke data precies moeten worden verzameld en hoe kwaliteitswaarborging precies moet plaatsvinden. Veel regionale centra hebben daarom in het addendum van de overeenkomst met de echoscopisten aanvullende eisen gezet over kwaliteitswaarborging en dataverzameling. Op dit moment kunnen er dus verschillen in de dataverzameling en de kwaliteitswaarborging ontstaan in de verschillende regio's. Het ontbreken van uniformiteit en regels voor kwaliteitswaarborging en dataverzameling door het CvB belemmert een effectieve implementatie van het SEO, waarin kwaliteit een belangrijke rol speelt.

Nascholing en training nadat de opleiding is afgerond is van groot belang voor behoud en verbetering van de kwaliteit van een innovatie. Ook draagt nascholing bij aan voldoende draagvlak voor hoge kwaliteitseisen (§4.3) (Grol, 2006). De regio's Utrecht en Nijmegen vinden nascholing de verantwoordelijkheid van de uitvoerders zelf, de regio's Rotterdam en Groningen zijn juist van plan om nascholing actief aan te bieden. Door het actief aanbieden van nascholing zal de toegankelijkheid van nascholing groot zijn, waardoor ook de deelname hieraan groter zal zijn dan wanneer nascholing geheel uit eigen initiatief kan worden gevolgd. Het is aannemelijk dat in de regio Rotterdam en Groningen de deelname aan nascholingscursussen en trainingen groter zal zijn dan in de regio's Nijmegen en Utrecht, dit zal in de regio's Rotterdam en Groningen ten goede komen aan de kwaliteit.

Onder de verloskundigen en echoscopisten is de motivatie voor nascholing en het afleggen van het examen om gecertificeerd te worden groot. Echter, onder gynaecologen is de motivatie hiervoor minder aanwezig. De gynaecologen vinden dat een examen voor hen niet nodig is. Vermoederlijk ervaren de gynaecologen de invoering van nascholing en examinering voor het SEO als een drastische verandering (§4.2). Het draagvlak voor nascholing en het afleggen van een examen is hierdoor bij de gynaecologen minder groot dan bij de verloskundigen en echoscopisten.

De 'landelijke organisaties' zijn afwachtend over de verwachte uitkomsten van de lange termijn resultaten van het SEO. De implementatie van het SEO is nog in een beginstadium en er nog geen landelijke evaluatie is geweest.

De heer Wildschut van de regio Rotterdam en de heer Veersema van de NVOG twijfelen over de kwaliteit van de uitvoering van het SEO in Nederland. Goede counseling en kwalitatief goede uitvoering van het SEO voor alle zwangere vrouwen en hun partner is essentieel voor een goede screening. Er is twijfel of dit haalbaar is in deze setting.

De derde deelvraag is: In welke mate hebben de betrokken organisaties hun activiteiten met betrekking tot de implementatie van het SEO op elkaar afgestemd?

Alle landelijke organisaties en regionale centra zijn vertegenwoordigd in de werkgroepen en de commissies van het CvB. Deze werkgroepen en commissies komen gemiddeld maandelijks bij elkaar voor een vergadering en hebben via deze weg invloed op het regels, eisen en richtlijnen die landelijk worden ingevoerd. Per e-mail en telefonisch is er onderling ook nog veel contact voor overleg. Via deze weg wordt er veel gebrainstormd over verschillende onderwerpen.

De VSOP had van 2003 tot 2006 samen met andere organisaties een project gestart over 'Voorlichting en Deskundigheidsbevordering'. Toen in 2006 het CvB de regie kreeg over de implementatie van het SEO, is dit project overgenomen door het CvB. Doordat alle betrokken organisaties mee kunnen discussiëren en beslissen in de werkgroepen, de coördinatiecommissie of het platform, creëren ze gezamenlijk draagvlak en uniformiteit. Ook al verschillen de meningen en belangen met regelmaat, door de samenwerking ontstaat een soort (sociale) druk om tot een gezamenlijke consensus te komen.

De werkgroep foetale echoscopie (WFE), is een actieve werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) die verder los staat van de werkgroepen van het CvB. Er is geen samenwerking tussen de WFE en het CvB. Het ontbreken van samenwerking tussen deze werkgroepen is opvallend. Wel zijn er WFE leden op persoonlijke titel of namens de NVOG betrokken zijn bij de werkgroepen en commissies van het CvB. Samenwerking tussen de werkgroepen van het CvB en de WFE zou echter wel nuttig kunnen zijn, de WFE bestaat immers al lange tijd en heeft daardoor ook veel expertise opgebouwd. De werkgroepen

zouden elkaar aan kunnen vullen en een goede bijdrage kunnen leveren aan een effectieve implementatie van het SEO.

De regionale centra Utrecht, Rotterdam en Groningen hebben binnen de stichting een raad van advies opgericht. De uitvoerders van het SEO kunnen via deze raad feedback geven op alle ontwikkelingen en problemen. Op deze manier is er een goede communicatie lijn tussen de uitvoerders en de bestuurders. Het draagvlak voor alle ontwikkelingen en afspraken die er worden gemaakt is daardoor groot en de samenwerking tussen deze regionale centra en uitvoerders verloopt ook goed. De PDSA-cyclus wordt hier in bepaalde mate dus toegepast; er wordt een plan ontwikkeld, deze wordt ingevoerd, uitvoerders geven feedback en daarna kunnen bestuurders eventuele aanpassingen maken. Het aangepaste plan wordt weer opnieuw geïmplementeerd en de cyclus kan weer opnieuw worden doorlopen. De regio Nijmegen heeft geen raad van advies omdat de regio te groot is volgens mevrouw Stolwijk. De stichting is wel altijd bereikbaar per e-mail of telefoon voor vragen. Communicatie tussen het regionale centrum voor prenatale screening regio Nijmegen en de echocentra van die regio is minder aanwezig.

Het is zeer aannemelijk dat de uitvoerders in de regio Utrecht, Rotterdam en Groningen zich meer betrokken voelen bij de implementatie van het SEO, dan de uitvoerders van de regio Nijmegen. Betrokkenheid bij de technologie zorgt ook voor draagvlak voor een technologie. Deze beide factoren leveren een positieve bijdrage aan de implementatie van het SEO (§4.2) (Griffith, 2000).

De verschillen in samenwerking en intensiteit van samenwerking van de regionale centra en de echocentra, uit zich op dit moment echter niet in meer of minder contract aanvragen tussen de verschillende regio's.

De regionale centra voor prenatale screening zijn niet allemaal tevreden over de huidige aanpak en invoering van het SEO. De volgorde is niet logisch, aldus de heer Stoutenbeek van de regio Utrecht. Zwangere vrouwen en hun partner hadden recht op counseling en een SEO in de 1^e lijn per 1 januari 2006 zonder dat goede voorlichting en kwaliteitswaarborging was geregeld. In het begin was de vraag groot maar het aanbod in de eerste lijnsgezondheidszorg beperkt en redelijk onervaren. De kwaliteit van de counseling en het SEO zijn in deze twee overgangsjaren niet goed geweest. Daarnaast is er weinig overleg geweest van het CvB met het veld over de haalbaarheid van de deadlines.

Goede informatie voorziening en scholing voor de uitvoerders is zeer belangrijk. Zij zorgen namelijk voor kennisvermeerdering en attitudeverandering, welke een belangrijke voorwaarde zijn voor een effectieve implementatie van een innovatie (§4.1)(Grol, 2006). Alle organisaties en ook de regionale centra voor prenatale screening houden hun leden en/of uitvoerders op de hoogte via een nieuwsbrief en vaak ook een website. Daarnaast wordt er ook doorverwezen naar de website van het CvB waarop, alle afspraken, richtlijnen, voorlichtingsmateriaal en draaiboeken te vinden zijn. Hierdoor zijn en blijven de uitvoerders goed op de hoogte van alle afspraken en ontwikkelingen. Dit zorgt naast kennisvermeerdering en een attitudeverandering ook voor draagvlak voor het SEO.

De typering van de organisaties met behulp van de theorie van Ancona en Caldwell (§ 4.2) (Ancona, 1992) is niet volledig. Gedetailleerder onderzoek naar de activiteiten van de actoren is nodig om de typering van de stakeholders wetenschappelijk goed te kunnen onderbouwen en een uitspraak te kunnen doen over hoe succesvol de werkwijzen van de organisaties zijn bij de implementatie van het SEO.

De drie deelvragen leiden tot de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek: In hoeverre draagt kwaliteitsdenken en samenwerking tussen de organisaties die betrokken zijn bij de implementatie van het SEO bij aan een effectieve implementatie?

Het kwaliteitsdenken is een onderwerp die bij alle organisaties een belangrijke rol speelt bij de implementatie van het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), maar deze lijkt wel een trage start te hebben.

Richtlijnen en kwaliteitseisen zijn wel opgesteld, maar er is verwarring over welke richtlijnen of kwaliteitseisen de officieel geldende zijn, de NVOG-richtlijnen of de landelijke richtlijnen en kwaliteitseisen van het CvB? Verder zijn de eisen en richtlijnen voor kwaliteitswaarborging nog niet gedefinieerd.

De opleidingseisen voor echoscopisten zijn opgesteld door de werkgroep opleiding en capaciteit van het CvB. Hierin staat ook dat ervaren echoscopisten getoetst moeten worden willen zij erkend worden. Echter bij de regionale centra voor prenatale screening en bij de raden van advies van deze centra is er vraag voor een overgangsregeling.

Er zijn geen regels opgesteld met betrekking tot het aanbieden en volgen van nascholing. (Na)scholing garandeert een bepaald basisniveau van de verleende zorg, daarnaast zorgt het ook voor kennisvermeerdering en een positieve attitude ten aanzien van de vereiste kwaliteit (§4.3) (Grol, 2006; Harteloh, 1998). Het draagt daarom bij aan een effectieve implementatie van een innovatie. De beschikbaarheid en toegankelijkheid van nascholing in de verschillende regio's is verschillend. De basiskwaliteit van de echoscopisten in de regio's waar geen nascholing actief wordt aangeboden zou minder kunnen zijn.

Een niet zozeer belemmerende factor, maar zeker een ontbrekende factor, is een degelijke procescontrole. De implementatie van het SEO wordt op landelijk niveau geregisseerd door het CvB en een grote hoeveelheid actoren is betrokken bij deze implementatie. Echter gedurende dit implementatieproces vindt geen check of evaluatie plaats van het verloop van dit proces. Het CvB heeft aangegeven dat zij gedurende de bijeenkomsten van de commissies en werkgroepen van het CvB wel feedback krijgen van de betrokken organisaties. Echter dit vindt niet gepland en gestructureerd plaats, de mogelijkheid dat belangrijke aspecten, die van invloed zijn op het implementatieproces, niet ter ore komt van het CvB is aanwezig. Dit zou een effectieve implementatie van het SEO nadelig kunnen beïnvloeden.

De samenwerking tussen de verschillende organisaties verloopt redelijk goed. Door de organisatie van een centraal orgaan met een coördinatie commissie en een platform vindt er veelvuldig communicatie, samenwerking en onderhandeling plaats tussen de verschillende organisaties. Alle betrokken organisaties hebben hierdoor invloed en zeggenschap in de discussies en ontstaat er consensus over de besluiten die er worden genomen. Hierdoor wordt er draagvlak en uniformiteit gecreëerd. Door de multi-disciplinairiteit binnen de commissies en werkgroepen worden besluiten breed gedragen en is er veel draagvlak en betrokkenheid bij de implementatie. Dit zijn belangrijke factoren die leiden tot een effectieve implementatie (Griffith, 2000). De verschillende meningen, eisen en wensen door de grote diversiteit aan actoren en de aanwezige machtsverschillen, zorgen soms wel voor wrijving, dit is vooral te zien bij de samenwerking tussen de BEN en de KNOV. Ook is er plaatselijk wrijving tussen de 1^o en 2^o lijnsgezondheidszorg over de organisatie en uitvoering van het SEO. De oorzaak van beide problemen is concurrentie en een grote machtsafstand waardoor er minder communicatie plaats vind. Juist communicatie en samenwerking is belangrijk voor een effectieve implementatie van een innovatie (Bruce, 1995; Griffith, 2000).

Drie regionale centra voor prenatale screening, Utrecht, Groningen en Rotterdam, hebben binnen de stichting een raad van advies opgezet en vertegenwoordigers van de echocentra, de uitvoerders, gevraagd hierin plaats te nemen. Hierdoor wordt draagvlak, motivatie en betrokkenheid bij de uitvoerders en het stichtingsbestuur vergroot, welke de effectiviteit van de implementatie vergroot (§4.1).

De regio Nijmegen heeft geen raad van advies, hiervoor is de regio te groot, aldus mevrouw Stolwijk. Zij verwijst hiervoor door naar de verloskundige kringen in de regio. Echter hierin zijn de niet-verloskundige echoscopisten en gynaecologen niet vertegenwoordigd, daarnaast zijn deze kringen niet speciaal bedoeld voor de bespreking en organisatie van de prenatale screening. De uitvoerders en echocentra worden niet actief betrokken bij het implementatieproces van het SEO in hun regio. Het is aannemelijk dat hierdoor de samenwerking tussen de diverse actoren en het draagvlak voor de gestelde eisen en organisatie van het regionale centrum minder zal zijn dan in de andere drie regio's (§4.1) (Davis, 1997; Firth-Cozens, 1998; Griffith, 2000; Grol, 2006).

Voor het afgelopen jaar (2007) ontbreekt er een financiële ondersteuning van de regionale centra voor prenatale screening. De regionale centra hebben hierdoor beperkte middelen om een goede structuur en organisatie op regionaal niveau op te bouwen.

Kort samengevat; de implementatie van het SEO wordt bevorderd door de intensieve samenwerking tussen de actoren en het kwaliteitsdenken waar veel aandacht naar uit gaat. Voor optimalisatie van de implementatie van het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg is het nodig om de stoeve samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg te verbeteren. Meer informatie en voorlichting aan de verschillende SEO-uitvoerders is nodig om onduidelijkheden en het gevoel van concurrentie weg te nemen. Voor optimalisatie van de kwaliteit is het nodig om meer duidelijkheid te geven over de geldende kwaliteitseisen en de voorkeur gaat uit naar het actief aanbieden van nascholing. Daarnaast is het belangrijk dat er spoedig eisen worden gedefinieerd voor de kwaliteitswaarborging, zodat de kwaliteit van het SEO op juiste wijze landelijk kan worden geëvalueerd.

6.2 Discussie

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en worden enkele aspecten van het onderzoek verder toegelicht of ter discussie gesteld.

Het onderzoek naar de implementatie van het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is goed verlopen. Alle aangeschreven landelijke organisaties en regionale centra wilden meewerken aan dit onderzoek. De interviews zijn afgenomen van februari tot mei 2007. Het is goed mogelijk dat bepaalde aspecten en problemen die naar voren komen in dit onderzoek inmiddels zijn opgelost of veranderd.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van face-to-face interviews. Een nadeel van face-to-face interviews is dat deze wijze van onderzoek en dataverzameling gevoeliger is voor sociale wenselijkheid. Doordat de interviews niet anoniem waren, is het waarschijnlijk dat sommige actoren die hebben meegewerkt aan het onderzoek sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Door goed te luisteren en dóór te vragen indien antwoorden niet duidelijk waren, is geprobeerd de invloed van sociale wenselijkheid zo veel mogelijk te beperken.

Dit onderzoek heeft het belang van samenwerking en kwaliteitsdenken bij de implementatie van een technologie in de gezondheidszorg benadrukt. Uit de landelijke kwaliteitscontrole, die jaarlijks door het CvB zal worden uitgevoerd, zal duidelijk worden hoe goed de kwaliteit van het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg is.

Tevens zal duidelijk worden of de babysterfte door het aanbieden van het SEO aan alle zwangere vrouwen zal dalen.

De kindersterfte rond de geboorte in Nederland was volgens het peristat-onderzoek in 2003 hoog in vergelijking met de rest van Europa. Dit was onder andere de reden waarom is besloten het SEO in de 1^e lijnsgezondheidszorg te implementeren en in het zorgpakket op te nemen. Uit recent onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is gebleken dat de babysterfte in Nederland in 2006 lager is dan ooit (NRC Handelsblad, 2007). Of dit wordt veroorzaakt door het standaard aanbieden van het SEO aan alle zwangere vrouwen kan nog niet direct worden geconcludeerd. De landelijke evaluatie van het SEO kan daar meer duidelijkheid over verschaffen. Daarbij is ook interessant om te onderzoeken of de babysterfte in Nederland ook is gedaald ten opzichte van de rest van Europa.

Uit dit onderzoek is gebleken dat in twee van de vier onderzochte regio's nascholing actief wordt aangeboden. Onderzoek naar de verschillen in kwaliteit van de SEO-uitvoerders tussen de regio's die wél en de regio's die geen nascholing actief aanbieden is zeer interessant. Dit onderzoek kan bijdragen aan de besluitvorming om landelijke eisen over nascholing voor SEO-uitvoerders in te voeren.

Daarnaast is het interessant om verder onderzoek te doen naar de regionale centra voor prenatale screening mét en zonder raad van advies. Verloopt de samenwerking en implementatie inderdaad beter indien de SEO-uitvoerders actief betrokken worden bij het implementatieproces? Of vertraagt het betrekken van de SEO-uitvoerders het implementatie proces en weegt dit niet op tegen de voordelen, zoals meer draagvlak en consensus?

Tevens bleek uit dit onderzoek dat er grote verschillen zitten tussen de overlegfrequentie van de raad van advies. Deze verschillen van 1 keer per jaar tot 12 keer per jaar. Onderzoek naar de invloed van de overlegfrequentie van de raad van advies op het implementatieproces kan bijdragen aan de optimalisatie van het implementatieproces.

Samenwerking en de daaruit volgende onderhandeling tussen de actoren draagt bij aan het ontwikkelings- en implementatieproces van een innovatie. Drie actoren die betrokken waren bij dit onderzoek waren van mening dat de samenwerking zoveel tijd kost dat het implementatieproces wordt vertraagt. Twee andere actoren vonden dat de samenwerking het implementatieproces versnelt. Een antwoord op de vraag of de samenwerking het implementatieproces vertraagt of versnelt kan geen goed onderbouwt antwoord worden gegeven, omdat een controle groep ontbreekt. Vermoedelijk vertraagt de samenwerking het implementatieproces, echter voor een effectieve implementatie van een innovatie is samenwerking essentieel. Het opstellen van kwaliteitseisen en richtlijnen zonder overleg met de actoren vermindert draagvlak en consensus en belemmert dus een effectieve implementatie van de innovatie.

Opmerkelijk is de rol van de overheid bij de implementatie van het SEO. De overheid heeft besloten om de SEO te implementeren in de 1^e lijnsgezondheidszorg en ook meteen per 1 januari 2006 op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Er kunnen vraagtekens worden gezet bij het aanbieden van prenatale screening aan alle zwangere vrouwen op een moment dat er nog geen duidelijke kwaliteitswaarborging is.

Referenties

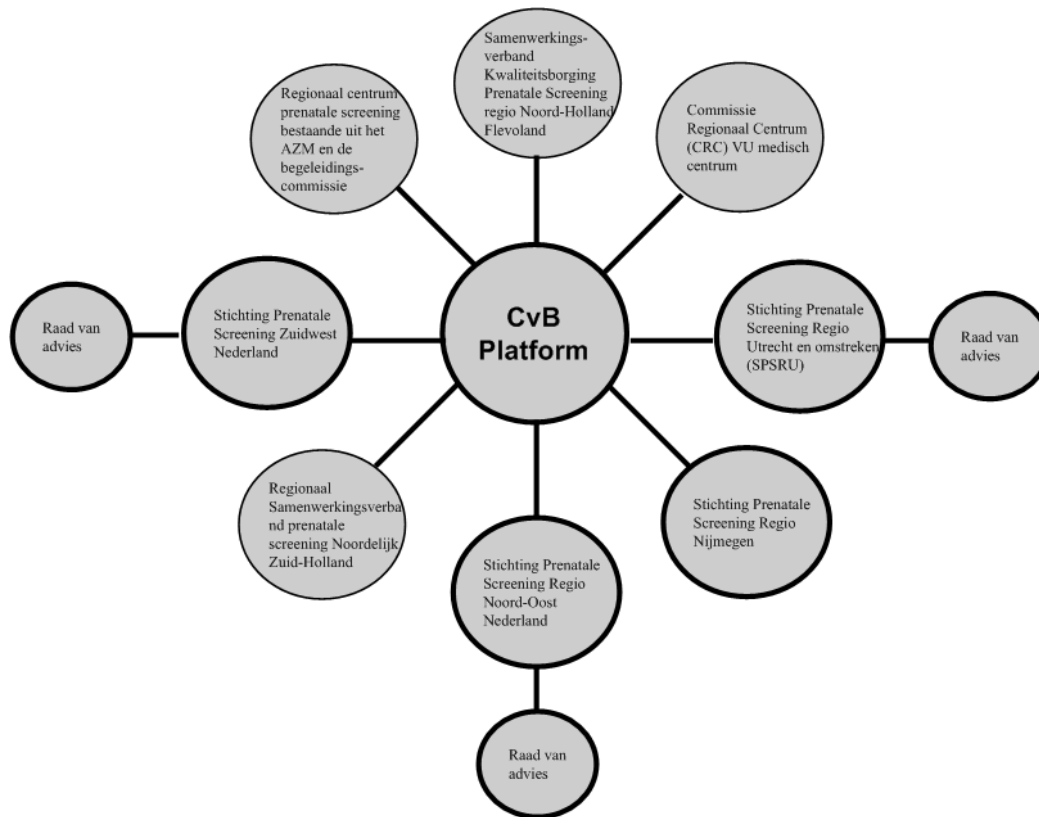
- Algemeen Dagblad. (2005, 1 September). Prenatale screening voor alle vrouwen. *Algemeen Dagblad*.
- Ancona, D. G., Caldwell, D.F. (1992). Bridging the Boundary: External Activity and Performance in Organizational Teams. *Administrative science quarterly*, 37(4), 634-665.
- Baarda, D. B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 2e ed. Groningen: Stenfert Kroese.
- Beekhuis, J. R. (1993, 25 November). Vruchtwaterpuncties. *NRC Handelsblad*.
- Blumenthal, D., Kilo C.M. (1998). Improving the Quality of Health Care - A Report Card on Continuous Quality Improvement. *The Milbank quarterly*, 76(4), 625-648.
- Boan, D., Funderburk, F. (2003). Healthcare quality improvement and organisational culture. *Insights, Delmarva Foundation*.
- Bruce, M., Leverick, F., Littler, D., Wilson, D. (1995). Success factors for collaborative product development: A study of suppliers of information and communication technology. *R & D management*, 25(1), 33-44.
- Centrum voor Bevolkingsonderzoek. (2006). Pre en neonatale screening. *Nieuwsbrief RIVM* (jaargang 1, nr.1).
- Coëelho, M. B., Jochems, A.A.F., Joosten F.W.M.G. (1993). *Zakwoordenboek der geneeskunde*. 24e ed. Arnhem: Elsevier PBNA.
- Damanpour, F., Gopalakrishnan, S. (1998). Theories of organizational structure and innovation adoption: the role of environmental change. *Engineering management international*, 15(1), 1-24.
- Davis, D. D. A., Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 157(4), 408-421.
- Erfocentrum. (2007a). *Downsyndroom*. Retrieved november 2007. From <http://www.erfelijkheid.nl/zena/down.php>
- Erfocentrum. (2007b). *Neurale-buisdefecten*. From <http://www.erfelijkheid.nl/zena/spina.php>
- Erfocentrum. (2007c). *Prenatale screening*. Retrieved juni 2007. From <http://www.prenatalescreening.nl/>
- Ferlie, E., Shortell, S. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank quarterly*, 79(2), p281.
- Field, M. J., Lohr, K.N. (1990). *Clinical practice guidelines : directions for a new program*. Washington DC: National Academy Press.
- Field, M. J., Lohr, K.N. (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. Washington DC: National Academy Press.
- Firth-Cozens, J. (1998). Celebrating teamwork. *Qual Health Care*, 7 (Suppl.), S3-7.
- FMF. (2007a). *18-22 wk echo*. Retrieved juni 2007. From <http://www.fetalmedicine.nl/>
- FMF. (2007b). *Biochemie*. Retrieved juni 2007. From <http://www.fetalmedicine.nl/>
- Freeman, R. R. E. (1984). *Strategic management : a stakeholder approach*. Londen: Pitman.
- Geurts, P. P. (1999). *Van probleem naar onderzoek : een praktische handleiding met COO-cursus*. 1st ed. Bussum: Coutinho.

- Gezondheidsraad. (2001). Prenatale screening; Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag, [Publicatie nr. 2001/11].
- Gezondheidsraad. (2004). *Prenatale Screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten*. Den Haag, [Publicatie Nr. 2004/06].
- Gezondheidsraad. (2006). Wet bevolkingsonderzoek: aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening; downsyndroom en neuralebuisdefecten. Den Haag, [Publicatie Nr. 2006/03WBO].
- Griffith, T. L., Sobol, M.G. (2000). Negotiating medical technology implementation: overcoming power and stakeholder diversity. *Int. J. Healthcare Technology and Management*, 2(No. 1/2/3/4), 375-392.
- Grol, R., Wensing, M. (2001). *Implementatie; Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. 2e ed. Maarssen: Elsevier, Gezondheidszorg.
- Grol, R., Wensing, M. (2006). *Implementatie; Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 3e ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Harteloh, P. P. M., Casparie, A. F. (1998). *Kwaliteit van zorg; Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. 4e ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Het Parool. (2004, 7 Juni). Betalen voor test op Down onder 36. *Het Parool (ANP)*.
- Kohler, W. (2003, 20 December). Vroeg dood; Aanval Ross -van Dorp op peristat-studie mist grond. *NRC Handelsblad*.
- Langley, G., Nolan, K., Nolan, T., et al. (1996). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey Bass Publ.
- Lohr, K. H., Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: A strategy for quality assurance. A recapitulation of the study and a definition of quality care. *Quality Review Bulletin*, p. 6-9.
- Ministerie van Justitie. (Stb. 1997, 581). Wet op het bevolkingsonderzoek.
- Ministerie van VWS. (2007). *WBO vergunning prenatale screening*. Staatscourant 7, p.13.
- Mitchell, R., Agle, B., Wood, D. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management review*, 22(4), 853-886.
- Mulder, M. (1976). *Reduction of power differences in practice: the power distance reduction theory and its application*. European contributions to organizational theory. Assen, the Netherlands: Van Gorcum.
- NOVG. (2006). *Prenatale screening. 1.5 Voorlichting en richtlijnen*. Retrieved juni 2007. From <http://www.nvog-documenten.nl/>
- NRC Handelsblad. (2005, 25 oktober). Babysterfte Nederland kan omlaag; Vergelijkende studie RIVM. *NRC Handelsblad*.
- NRC Handelsblad. (2007, 24 oktober). Babysterfte lager dan ooit. *NRC Handelsblad*.
- RIVM. (2007a). *Basisfolder 'Prenatale screening op downsyndroom en lichamelijke afwijkingen'*. Voorlichtingsmateriaal. Retrieved juni 2007. From http://www.rivm.nl/pre_neonatalescreening/voorlichting/materiaal/
- RIVM. (2007b). *Coördinatie en Organisatie*. Retrieved september 2007. From http://www.rivm.nl/pre_neonatalescreening/
- RIVM. (2007c). *Voorlopige WBO-vergunningen*. Retrieved juni 2007. From http://www.rivm.nl/pre_neonatalescreening/
- Schot, J. W., Lintsen, H.W., Rip, A. (2001). *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw; Huishoudtechnologie en medische techniek*. H7. De echografie in Nederland: de eerste 15 jaar. Vol. 4). Zutphen: Walburg Pers.
- Shortell, S. M., Bennett, C.L., Byck, G.R. . (1998). *Improving the Quality of Health Care - Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on*

Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *The Milbank quarterly*, 76(4), 593-624.

- Snoeijen, M. (2005, 19 November 2005). Bezint eer gij begint te screenen bij het ongeboren kind. *NRC Handelsblad*.
- Woo, J. (2006). *Obstetric Ultrasound*. Retrieved September 2007. From www.ob-ultrasound.net

Bijlage 1 Sociale kaart



Figuur 7: Sociale kaart regionale centra voor prenatale screening in Nederland. Alle acht de regionale centra zijn vertegenwoordigd in het Platform van het CvB. De vier regionale centra met een dikgedrukte omlijning hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Van drie regio's, Rotterdam, Utrecht en Groningen is bekend dat de stichting een raad van advies heeft.

Bijlage 2 Interviewvragen voor de landelijke organisaties

Inleiding

Goedendag, ik ben Alice Ruiters volg de studie Health Sciences en ben op dit moment bezig met mijn afstudeeropdracht.

Mijn onderzoek gaat over de implementatie van het SEO, ik ga voornamelijk kijken naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het SEO en de samenwerking tussen de betrokken partijen.

Het interview bestaat uit open vragen, ik zal de vragen zo duidelijk mogelijk stellen en waarop u dan antwoord geeft. Als er iets/vragen onduidelijk zijn, zeg dat dan meteen.

Het interview zal worden opgenomen op een recorder en later worden uitgewerkt. De informatie uit het interview zal ik u toesturen ter controle. De informatie uit het interview zal worden gebruikt in mijn onderzoeksverslag/scriptie.

Is alles duidelijk?

De interviewvragen zijn onderverdeeld in vier onderwerpen:

- Samenwerking (inter-organisatorische samenwerking en communicatie)
- Draagvlak van het SEO
- Richtlijnen
- Kwaliteit en nascholing

Samenwerking

Vraag 1

Wat is de belangrijkste taak van de organisatie/afdeling in het algemeen?

Vraag 2

Wat is jullie rol binnen de implementatie van het SEO? Welke verantwoordelijkheid heeft u?

Vraag 3

Werkt u alleen of heeft u collega's of een werkgroep binnen de organisatie waarmee u werkt aan de implementatie van het SEO?

Vraag 4

Met welke organisaties werkt u samen m.b.t. implementatie van het SEO?

Vraag 5

Welke andere organisaties zijn bij multidisciplinair overleg vertegenwoordigd?

Vraag 6

Wat zijn de belangrijkste onderwerpen waarover overleg plaats vindt?

Vraag 7

Hoe verloopt de samenwerking met de organisaties waarmee u samenwerkt voor de implementatie van het SEO?

- Manier waarop (telefonisch – e-mail – face-to-face)
- Frequentie van meetings/afspraken/contacten
- Op meerdere vlakken / alleen op één onderwerp

Vraag 8

Welk doel heeft deze samenwerking?

Vraag 9

Hoe vaak vindt overleg plaats?

Vraag 10

Hoe lang vindt deze samenwerking al plaats? (maanden, jaren?)

Vraag 11

Heeft de organisatie al veel ervaring in samenwerking met andere organisaties?

Vraag 12

Op welke wijze werkt werkgroep?

- Veel netwerken, bottom up werken (verticale communicatie)
- Proces aansturing, taak coördinatie, feedback & negotiation (laterale communicatie)
- Inventariseren van ideeën, ideeën zoeken

Vraag 13

Wat is jullie einddoel waar jullie naar streven d.m.v. deze samenwerking?

Vraag 14

Hoe wordt samenwerking ervaren?

(wat zijn de positieve en negatieve punten binnen de samenwerking om het doel te bereiken?)

Vraag 15

Heeft samenwerking ook invloed op het beleid of werkwijzen van de organisatie?

Vraag 16

Vindt er ook één of meerdere (tussentijdse) evaluatie(s) plaats van de samenwerking?

Draagvlak van het SEO

Vraag 17

Wat is de toegevoegde waarde van het SEO voor de beroepsgroep?

Vraag 18

Hoe belangrijk is de (grootschalige) invoering van het SEO?

Vraag 19

Wat vindt u van de huidige aanpak en invoering?

Vraag 20

Hoe belangrijk is de invoering van het SEO voor de patiënten?

Vraag 21

Zijn er veel protesten/klachten vanuit de patiëntengroep?

Vraag 22

Zijn er veel protesten/klachten vanuit de beroepsgroep?

Vraag 23

Is de invoering voor de organisatie een grote investering wat betreft geld, tijd en extrawerknemers?

Vraag 24

Wat verwachten jullie van de lange termijn resultaten?

Richtlijnen

Vraag 25

Wat is de relevantie van de ontwikkeling en het gebruik van richtlijnen voor het SEO?

Vraag 26

Welke richtlijnen volgt u? Is uw beroepsgroep betrokken bij het opstellen van de richtlijnen?

Vraag 27 a

Hebben de richtlijnen een duidelijke doelstelling?

Vraag 27 b

Zijn de richtlijnen wetenschappelijk onderbouwd?

Vraag 27 c

Sluiten de richtlijnen aan bij de opvattingen van de doelgroep?

Vraag 27 d

Zijn de formuleringen helder en voldoende specifiek?

Vraag 27 e

Laten ze ruimte over voor aanpassingen gericht op de individuele patiënt?

Vraag 27 f

Zijn de richtlijnen eenvoudig te raadplegen in de praktijk?

Vraag 28

Welke voordelen ziet u door het gebruik van de richtlijnen bij de uitvoering van het SEO?

Vraag 29

Welke nadelen ziet u door het gebruik van de richtlijnen bij de uitvoering van het SEO?

Kwaliteit en na- en nascholing

Vraag 30

Aan welke kwaliteitseisen moet (naar uw mening) het SEO voldoen? Kunt u een aantal punten noemen?

Vraag 31

Is de organisatie en implementatie van het SEO op dit moment dusdanig dat aan deze eisen kan worden voldaan?

Vraag 32

Wat is de relevantie van training en nascholing om de gewenste kwaliteit te kunnen behalen?

Vraag 33

Hoe groot is de motivatie voor training en nascholing bij SEO uitvoerders?

Vraag 34

Op welke wijze worden de SEO uitvoerders op de hoogte gehouden van nieuwe inzichten?

Vraag 35

Op welke wijze en wanneer wordt de implementatie van het SEO geëvalueerd?

Einde

Dit is het einde van mijn interview. Heeft u nog opmerkingen of onderwerpen die u graag nog wilt noemen of belangrijk vindt?

Mag ik indien ik later er achterkom dat ik nog informatie mis, nog contact met u opnemen per mail of telefoon?

Heel hartelijk dank voor de medewerking!!!

Aanvullende e-mail vragen

- a. Brengt samenwerking grote kosten met zich mee?
- b. Is er iemand die de samenwerking leidt en bevordert?
- c. Samenwerking leidt tot goede of juist slecht controle over het ontwikkelingsproces?
- d. Samenwerking vertraagt of versnelt het ontwikkelingsproces?
- e. De resultaten zijn niet/wel zoals verwacht?
- f. Relatie is (in)stabiel en er is geen/wel optimaal vertrouwen in elkaar?
- g. Werkwijze en denkcultuur is totaal anders en staan goede samenwerking in de weg?
- h. Verschillende belangen staan de samenwerking in de weg?

Bijlage 3 Interviewvragen voor de regiole centra voor prenatale screening

Inleiding

Goedendag, ik ben Alice Ruiters volg de studie Health Sciences en ben op dit moment bezig met mijn afstudeeropdracht.

Mijn onderzoek gaat over de implementatie van het SEO, ik ga voornamelijk kijken naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het SEO en de samenwerking tussen de betrokken partijen.

Het interview bestaat uit open vragen, ik zal de vragen zo duidelijk mogelijk stellen en waarop u dan antwoord geeft. Als er iets/vragen onduidelijk zijn, zeg dat dan meteen.

Het interview zal worden opgenomen op een recorder en later worden uitgewerkt. De informatie uit het interview zal ik u toesturen ter controle. De informatie uit het interview zal worden gebruikt in mijn onderzoeksverslag/scriptie.

Is alles duidelijk?

De interviewvragen zijn onderverdeeld in vier onderwerpen, waarbij samenwerking en draagvlak bij de eerste twee onderwerpen wordt besproken en richtlijnen bij het derde onderwerp wordt besproken:

- Het regionale centrum
- De echo centra
- Kwaliteit en nascholing
- De invoering

Het regionale centrum

Vraag 1

Jullie zijn in deze regio het Regionale Centrum voor Prenatale Screening. Kunt u kort vertellen wat uw rol/taak is binnen deze organisatie en wat de belangrijkste taak van het centrum is?

Vraag 2

Hoe is jullie stichting opgezet (organisatie vorm, aantal leden, welke verantwoordelijkheden)?

Vraag 3

Van waaruit krijgen jullie sturing?

Vraag 4

Hoe verloopt de samenwerking met het sturingsorgaan?

Vraag 5

Vindt er ook met regelmaat overleg plaats? Op welke wijze (e-mail, telefonisch, face-to-face)?

Vraag 6

Wat zijn de belangrijkste onderwerpen waar het overleg over gaat?

De echo centra

Vraag 7

Echo centra moeten contracten met jullie afsluiten. Hoe verloopt de samenwerking met deze echo centra?

Vraag 8

Vindt er ook met regelmaat overleg plaats (klankbordgroepen oid)? Op welke wijze (e-mail, telefonisch, face-to-face)?

Vraag 9

Wat zijn de belangrijkste onderwerpen waar het overleg over gaat?

Vraag 10

Lopen jullie nog tegen veel problemen aan? Zo ja, welke?

Vraag 11

Hoe verloopt het nu met de vergoedingen vanuit de verzekering? Nog problemen?

Kwaliteit en richtlijnen

Vraag 12

Er zijn door het CvB kwaliteitscriteria opgezet en daarnaast bestaan de richtlijnen van de NVOG. Vullen ze elkaar aan of zijn er ook tegenstrijdigheden?

Vraag 13 a

Hebben de richtlijnen een duidelijke doelstelling?

Vraag 13 b

Zijn de richtlijnen wetenschappelijk onderbouwd?

Vraag 13 c

Sluiten de richtlijnen aan bij de opvattingen van de doelgroep?

Vraag 13 d

Laten ze ruimte over voor aanpassingen gericht op de individuele patiënt?

Vraag 13 e

Zijn de richtlijnen eenvoudig te raadplegen in de praktijk?

Vraag 14

Op welke wijze zijn jullie van plan om de kwaliteit te controleren?

Vraag 15

Vindt u het werken met de richtlijnen en kwaliteitseisen belangrijk of is het soms beperkend?

Vraag 16

Wat is jullie beleid m.b.t. (bij- en na-)scholing?

Vraag 17

Hoe groot is de motivatie voor de invoering van het SEO zoals deze nu wordt ingevoerd?

De invoering

Vraag 18

Ervaren jullie in de praktijk ook problemen met het SEO waar de richtlijnen en de kwaliteitscontrole nog beter op zouden kunnen inspringen?

Vraag 19

Wat vindt u van de huidige aanpak en invoering?

Vraag 20

Is de invoering van het SEO en het realiseren van haar kwaliteit een grote investering in tijd, geld en capaciteit?

Vraag 21

Wat zijn jullie lange termijn verwachtingen? (kwaliteit en capaciteit)

Einde

Dit is het einde van mijn interview. Heeft u nog opmerkingen of onderwerpen die u graag nog wilt noemen of belangrijk vindt?

Mag ik indien ik later er achterkom dat ik nog informatie mis, nog contact met u opnemen per mail of telefoon?

Heel hartelijk dank voor de medewerking!!!