

## ACHTERGROND

# Maakt de doorzettingsmacht het verschil als partijen er niet uitkomen?

## HOE HET ZORGINSTITUUT HERVORMING VAN DE GEBOORTEZORG VOORLOPIG VLOT TROK

Jop de Vrieze

**Tot twee keer toe greep Zorginstituut Nederland in om de hervorming van de geboortezorg vlot te trekken. Hoe verliep dat en welke inzichten biedt dit over de hierbij ingezette ‘doorzettingsmacht’?**

Op 14 april 2016 is Chiel Bos het zat. In het magazine *Zorgvisie* uit de voorzitter van het College Perinatale Zorg (CPZ) in niet te verstane woorden kritiek over de opstelling van de verloskundigenvereniging binnen het college.<sup>1</sup> De Zorgstandaard ‘Integrale geboortezorg’ is net massaal weggestemd door de leden van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV),<sup>2</sup> terwijl gemachtigden vanuit de vereniging volgens Bos juist akkoord waren gegaan en het document naar het Zorginstituut kon worden gestuurd.

‘In het verleden ging het mis omdat de eerstelijnsverloskundige niet in staat bleek een goede risicoselectie te doen, met alle gevolgen van dien. Daarom is in Nederland de perinatale sterfte zo hoog. Dat is nu juist de reden waarom de Zorgstandaard “Integrale geboortezorg” er is gekomen.’<sup>3</sup> Die opmerking is voor de verloskundigen de druppel waardoor de verloskundigenvereniging het vertrouwen opzegt in Bos, die zich genoodzaakt ziet af te treden als CPZ-voorzitter.<sup>3</sup> Na 2,5 jaar onderhandelen door 25 betrokken partijen zit de totstandkoming van de Zorgstandaard ‘Integrale geboortezorg’ muurvast.

In de integrale geboortezorg, bedoeld om de babysterfte terug te brengen en de samenwerking tussen de beroepsgroepen te verbeteren, verdwijnt het schot tussen de verloskundige en de gynaecoloog. De zwangere komt centraal te staan, met de zorgverleners eromheen: op elk moment tijdens de zwangerschap verlenen de geschikteste professionals de zorg, zoals al te lezen was in het advies ‘Een goed begin’ uit 2010.<sup>4</sup>

De KNOV heeft zich achter de hervorming geschaard, maar bij nader inzien is het één zinnetje in de tekst waarover de verloskundigen vallen: ‘Een interprofessioneel

geboortezorgteam is gezamenlijk verantwoordelijk voor alle zwangeren’ – dus ook voor de risicoselectie van gezonde zwangeren. ‘Wij konden daar niet mee akkoord gaan’, zegt toenmalig KNOV-voorzitter Linda Rentes. ‘Er is volgens ons geen onderbouwing dat gezamenlijke risicoselectie betere uitkomsten geeft.’

Over een eerdere versie van de zorgstandaard was de KNOV wel tevreden, maar toen hield het bestuur van Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de boel tegen. ‘Die risicoselectie wilden wij er echt in’, zegt Anneke Kwee, gynaecoloog en perinatoloog en woordvoerder van de gynaecologenvereniging. ‘Twee weten meer dan één en twee paar ogen zien meer dan één. De KNOV is bang voor medicalisering, maar die gezamenlijke blik kan juist ook tot minder interventies leiden.’

### FRISSE BLIK

Achter deze inhoudelijke discussie schuilen verschillende belangen. De verloskundigen vrezen bij een gedeelde risicoselectie voor hun autonomie omdat ze dan standaard samen met en dus, vrezen ze, ‘onder’ artsen zouden komen te werken. Binnen hun visie op de beste zorg voor moeder en kind gaat de verloskundige over de gezonde zwangeren. Pas als er iets mis is, wordt de gynaecoloog ingeschakeld. Volgens gynaecologen is dit onderscheid kunstmatig omdat veel van deze gezond veronderstelde zwangeren uiteindelijk ook bij de gynaecoloog belanden, tijdens of al vóór de bevalling. Omgekeerd kan het ook meevallen met een hoogrisicozwangere, zodat zij de hele zwangerschap – in overleg – bij haar eigen verloskundige kan blijven.

Volgens de gynaecologen is er bij gezamenlijke risicoselectie sprake van gelijkwaardigheid. Zoals Bos het verwoordt: ‘De verloskundigen wilden niet naar de integrale bekostiging van de zorg toe. Zij wilden hun eigen winkeltjes houden. De risicoselectie is daar cruciaal voor.’

Omdat het werk van Bos erop zit en het Zorginstituut sowieso al aan zet is, neemt dat de regie over. Het heeft namelijk de wettelijke taak om in te grijpen wanneer de veldpartijen er niet uit komen. Hiertoe beschikt het over een speciaal instrument, de ‘doorzettingsmacht’. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut stelt een deskundi-

*Jop de Vrieze werkt als freelance-wetenschapsjournalist in opdracht van de NTVG-redactie.*



FOTO: FRANK MULLER/ZORGINBEELD/HOLLANDE HOOGTE

gencommissie aan, die in korte tijd tot een bindende oplossing komt.<sup>5</sup>

Deze deskundigencommissie bestaat uit een secretaris vanuit het Zorginstituut, Uriëll Malanda, twee leden van de Kwaliteitsraad, Niek de Wit en Jan Kremer, oud-hoofdinspecteur verpleging en chronische zorg van de IGZ Jenneke van Veen en extern deskundige Carola Groenen, directeur Coöperatieve Verloskundigen. 'Een van de afspraken is dat rondom het doorzettingstraject de beroepsverenigingen niet direct inhoudelijk betrokken zijn', zegt De Wit, hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde in het Julius Centrum (UMC Utrecht).

Als eerste inventariseert de commissie wat de veldpartijen al besproken hebben, waarover ze al overeenstemming hebben bereikt en waar de angel zit. 'De ene partij, de NVOG, had het gevoel dat de andere, de KNOV, volstreekte autonomie wilde in de risicoselectie', zegt De Wit. 'Dat ging niet werken.' Het was dus aan de deskundigencommissie een formulering te vinden waarin beide partijen zich kunnen vinden. 'We kwamen er al snel op uit dat de risicoselectie bij iedereen goed moet plaatsvinden, heel laagdrempelig multidisciplinair gebeurt en dat altijd het hele team verantwoordelijk is. Op het moment dat er niet overlegd is en dat wel had moeten, kan de verloskundige daarop worden aangesproken.'

Binnen 2 maanden produceert de Kwaliteitsraad een versie die ter consultatie naar de betrokken partijen gaat. Na een week belt De Wit elke partij op om de commentaren te bespreken. 'Die konden we niet allemaal integraal overnemen, want anders zouden we weer uitkomen bij de tekst waarop het vastliep. Wel keken we steeds serieus of ze een goed punt hadden, met name wat betreft de uitvoerbaarheid.' Tot slot belt De Wit de betrokkenen nogmaals, om uit te leggen wat er met de commentaren gedaan is. 'Dat is belangrijk voor de verantwoording en het draagvlak.'

#### COMPROMIS GEVONDEN

Na 2,5 maand, op 28 juni 2016, maakt het Zorginstituut de definitieve versie van de zorgstandaard bekend.<sup>6</sup> Het is een klassiek compromis: het multidisciplinaire team wordt gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg voor alle zwangeren, maar de keuze om de risicoselectie gezamenlijk te doen ligt bij de verloskundige. 'Met de instelling van een interprofessioneel geboortezorgteam wordt multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking bevorderd, hetgeen bijdraagt aan een tijdige, adequate en zo nodig gezamenlijke risico-inschatting voor de betreffende zwangere', staat er letterlijk.<sup>6</sup> Bespreking van de zwangere in het multidiscipli-

## Doorzettingsmacht in andere domeinen

### Spoezorg

In 2015 zet het Zorginstituut voor het eerst de doorzettingsmacht in omdat zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten er niet in zijn geslaagd het eens te worden over de indicatoren voor spoedzorg. Het uiteindelijke advies van de Kwaliteitsraad, dat in december 2015 verschijnt, resulteert in het aanwijzen van 22 extra indicatoren. Deze geven bijvoorbeeld informatie over de afspraken die gemaakt zijn in de keten en onder meer over de continue (24/7) directe beschikbaarheid van een CT-scan.<sup>9</sup>

### Intensive care

Van 2010-2015 werkt een onafhankelijke werkgroep met onder meer leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) aan een nieuwe richtlijn. Op 1 juli 2015 wijzen de leden van de NVIC de conceptrichtlijn af. Omdat het de betrokken partijen niet lukt de richtlijn te voltooien vóór de deadline van 31 december 2015, neemt het Zorginstituut de regie over. Aangezien ook de experts verdeeld zijn geraakt in de meningsverschillen, betreft de Kwaliteitsraad geen intensivisten in de commissie van deskundigen. Met name de gedetailleerde en niet altijd onderbouwde uitwerking van de aanbevelingen blijkt in dit geval de angel. De Kwaliteitsraad stelt vast dat juist die details in de structuurvoorschriften van de oorspronkelijke conceptrichtlijn uit 2015 matig onderbouwd zijn. Daarom kiest de Kwaliteitsraad er in de op 19 juni 2016 gepresenteerde kwaliteitsstandaard voor om die structuren algemener voor te schrijven en daarnaast te sturen op uitkomsten en het stimuleren van het leerproces van professionals en hun organisaties in de regio.<sup>10</sup>

### Verpleeghuiszorg

In oktober 2016 neemt het Zorginstituut de regie over het opstellen van het nieuwe kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg, waarover de sector al sinds 2014 onderhandelt. De organisatie van zorgondernemers ActiZ had steeds een vaste norm voor personeelsbezetting tegengehouden, omdat die alleen haalbaar zou zijn als er meer geld naar de verpleeghuiszorg zou gaan. Ook willen ze af van het bijhouden van indicatoren zoals vallen en medicatiefouten. Wanneer in januari 2017 het 'Kwaliteitskader verpleeghuiszorg' gepresenteerd wordt,<sup>11</sup> inclusief personeelsnorm én indicatoren, toont de sector zich overwegend positief, maar is er ook vrees dat de bureaucratie zal toemen en dat de personeelsnorm niet helder genoeg is.

Een paar maanden later blijkt er nog een andere adder onder het gras te zitten: doorberekening van de nieuwe plannen, die onder meer inhouden dat er mogelijk 40% meer personeel moet zijn tegen 2022, laat zien dat dit naar schatting 2,1 miljard euro kost. In *NRC Handelsblad* wordt de vraag opgeworpen of de Kwaliteitsraad niet té veel macht heeft.<sup>12</sup> Als het Zorginstituut richtlijnen in zijn kwaliteitsregister opneemt, zijn die bindend en staat de politiek buitenspel. Demissionair minister van Financiën Jeroen Dijsselbloem roept op tot het instellen van een 'noodremprocedure'. Volgens Kremer is binnen de raad wel gesproken over geld, maar niet in detail, omdat het Zorginstituut daar niet over gaat.

### Traumatisch hersenletsel

Op 8 maart 2016 biedt de Hersenstichting de Zorgstandaard 'Traumatisch hersenletsel' voor volwassenen aan het Zorginstituut aan voor opname in het openbare Register. Omdat deze zorgstandaard niet voldoet aan alle eisen, kan het Zorginstituut de standaard niet direct in het register opnemen. Daarom vraagt het Zorginstituut aan de Kwaliteitsraad om te komen tot een nieuwe aanbidding voor opname in het Register. Dit gebeurt uiteindelijk op 20 november 2017.<sup>13</sup>

naire overleg 'vindt plaats als een van de betrokken zorgverleners daar vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid op obstetrische, medisch, psychosociale gronden aanleiding toe ziet'.

De verloskundigen lijken daarmee hun zin gekregen te hebben: de verloskundige beslist of ze wil overleggen. 'Wat er lag, is mee te werken, dachten we', zegt KNOV-voorzitter Mieke Beentjes, destijds vicevoorzitter. Maar ook de NVOG is te spreken over het resultaat. Kwee: 'Wij waren uiteindelijk blij met wat er nu staat. Het knappe is dat ze iets hebben neergezet waar alle partijen mee uit de voeten kunnen.'

Hoe kon de Kwaliteitsraad komen tot een dergelijk compromis, wat de partijen zelf niet wisten te bereiken? 'Ik kan er niet de vinger op leggen wat precies de tegenstelling veroorzaakte', zegt De Wit. 'Er is aan beide kanten sprake van enorme toewijding aan het vak. Beroepsbelangen die daar voor verloskundigen en gynaecologen aan verbonden zijn, spelen allicht ook mee.' Volgens Rentes heeft de Kwaliteitsraad zich 'gebaseerd op wetenschappelijke feiten en de cliënt in de hoofdrol gezet'. Kwee beaamt dit. 'Ze hebben een objectievere blik. We kunnen er natuurlijk niet omheen dat de beroepsbelan-

gen steeds weer aan de orde komen. Zij staan daarboven.' Bijkomend voordeel is dat de partijen niet de verantwoordelijkheid voor het compromis hoeven te nemen. Zij kunnen niet anders dan zich schikken. 'Het kan zijn dat ze het niet aandurfd en erachter te staan als ze het zelf hadden opgeschreven en wel als ze het op ons konden afschuiven', zegt De Wit.

De vraag is: hoe kan het dat twee fundamenteel andersdenkende beroepsgroepen allebei tevreden zijn? Navraag leert dat beide partijen het betreffende zinnetje elk net wat anders interpreteren. De KNOV legt de nadruk op het feit dat niet iedere zwangere samen besproken hoeft te worden, de NVOG op de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor iedere zwangere.

### RUST VAN KORTE DUUR

Net als de rust weergekeerd is, moet het Zorginstituut wederom ingrijpen. De zorgstandaard is weliswaar klaar, maar de indicatoren die de kwaliteit van zorg moeten meten, komen er maar niet. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat het CPZ na het vertrek van Bos de nodige opstartproblemen heeft. Omdat de deadline nadert wordt wederom de doorzettingsmacht van stal gehaald,

ditmaal als ‘snelkookpan’. Vooral de indicator voor cliëntervaring blijkt een twistpunt.

Op 30 mei 2017 biedt de Kwaliteitsraad de indicatoren aan bij het Zorginstituut, waarna het deze op 16 juni 2017 vaststelt.<sup>7</sup> Bij wijze van tussenoplossing heeft de Kwaliteitsraad gekozen voor één vraag over klanttevredenheid, ook wel ‘net promotor score’ genoemd: zou je, als patiënt, op basis van je eigen ervaringen de begeleiding rond je zwangerschap door deze zorgverleners aanbevelen aan je vriendinnen? ‘Die manier van evalueren wordt gebruikt in allerlei sectoren en was volgens ons ook hiervoor geschikt’, zegt De Wit.

### ZO LANG MOGELIJK POLDEREN

In deze casus lijkt de doorzettingsmacht goed uitgepakt. In het eerste geval is een belangenconflict geslecht, in het tweede is een moeizaam verlopend proces vlot getrokken. In beide gevallen zal uit de praktijk moeten blijken of er ook echt een werkbare oplossing is gekomen.

De geboortezorg is niet het enige domein waarin de doorzettingsmacht is ingezet (zie info). Ook in andere domeinen werd het instrument van stal gehaald bij vastlopende onderhandelingen. Elke casus is anders, maar de grote gemene deler is dat de inhoudelijke discussie vertroebeld raakt door een belangenstrijd. Die eigen belangen worden rechtstreeks behartigd, maar bepalen daarnaast ook de kijk van betrokkenen op wat de beste zorg is. De zo onafhankelijk mogelijke partij die het Zorginstituut is, kan de patstellingen die daardoor ontstaan doorbreken – mits de deskundigencommissie de strijd voldoende doorziet en de inhoud doorgrondt. Uiteraard blijkt per definitie pas op de langere termijn of het Zorginstituut daadwerkelijk tot een werkbare oplossing is gekomen.

‘De doorzettingsmacht is een typisch Nederlands instrument’, zegt De Wit. ‘We laten de partijen zo lang mogelijk polderen en als dat echt niet meer lukt, dan grijpen we in.’

Het spanningsveld zit hem erin dat je het instrument niet te vaak maar ook niet te weinig wilt inzetten. De voorzitter van de Kwaliteitsraad, gynaecoloog en hoogleraar Jan Kremer (Radboudumc), heeft vorig jaar in *Zorgvisie* nog eens benadrukt dat de doorzettingsmacht niet te vaak moet worden ingezet.<sup>8</sup> ‘Alleen als partijen zich laten leiden door andere belangen dan kwaliteit, zoals het eigenbelang van een instelling, dan zijn wij aan zet.’

Het Zorginstituut bestaat pas bijna 4 jaar en heeft de doorzettingsmacht nu zes keer ingezet. Verschillende geboortezorgprofessionals werden afgelopen maanden geïnterviewd door een onderzoeksbureau, dat begin 2018

een rapport zal afleveren met aanbevelingen om de doorzettingsmacht te verbeteren. ‘We hebben de afgelopen jaren al veel geleerd’, zegt De Wit. ‘Hoe belangrijk het is dat we partijen aangeliend gehouden, bijvoorbeeld, en dat je ook goed kijkt naar wat ze al gedaan hebben. Dat draagt sterk bij aan de inhoud én aan het draagvlak.’

### VAGE FORMULERING

Wat betreft de invoering van de integrale geboortezorg ligt op dit moment ligt de bal bij de regio’s, die op basis van de zorgstandaard gedetailleerde afspraken maken. Daaruit zal blijken hoe multi-interpretabel de paragraaf over risicoselectie is en of daar conflicten uit zullen ontstaan. Iemand die hierover al het nodige kan vertellen is klinisch verloskundige Lidewijde Jongmans, werkzaam in het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven. Zij bracht samen met collega’s in kaart hoe het de zwangeren vergaat binnen de integrale zorg die in hun regio is ingevoerd.

Het Verloskundig Samenwerkingsverband waar Jongmans deel van uitmaakt werkt met 9 verschillende zorgpaden. Er zijn 4 zorgpaden voor de laagrisicogroep – die zo veel mogelijk bij de verloskundige loopt – 3 zorgpaden voor de middenrisicogroep met lichte complicaties of risicofactoren zoals een nabloeding of een kleine baby bij een eerdere zwangerschap, en 2 voor de hoogrisicogroep – die bij de gynaecoloog komt. Voor de middenrisicogroep wordt de zorg gedeeld.

‘In het begin bespraken we alle zwangeren na hun eerste consult, maar de meerderheid van de eerstelijnsverloskundigen zag hierin geen meerwaarde. De gynaecologen en de tweedelijnsverloskundigen hebben zich daarbij neergelegd’, vertelt Jongmans. ‘Zij kunnen eventueel nog wel de zwangerschapskaart van de laagrisicozwangere bekijken, want die wordt naar het ziekenhuis gestuurd. Uit ons onderzoek blijkt dat 93% van de laagrisicozwangeren ergens in de zwangerschap alsnog in het ziekenhuis komt, dus die categorie niet bespreken is ook wel wat vreemd.’

Wat Jongmans vooral opvalt aan de zorgstandaard is de vaagheid van de formulering over de samenwerking. ‘Gedeelde visie en verantwoordelijkheid bij het interprofessionele geboortezorgteam. Wat is dat? Wie zit daarin? Bovendien, die gedeelde visie is er voorlopig niet. Iedereen wil het beste voor moeder en kind, maar hoe, daar zit nou juist het verschil.’

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:C3774

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/C3774](http://WWW.NTVG.NL/C3774)**

---

## LITERATUUR

- 1 Van Aartsen C. Verloskundigen willen zorgstandaard tegen houden. *Zorgvisie*. 14 april 2016.
- 2 Broersen S. Toekomst Zorgstandaard geboortezorg ongewis. *Med Contact*. 13 april 2016.
- 3 Van Aartsen C. Zorgstandaard geboortezorg op losse schroeven. *Zorgvisie*. 18 april 2016.
- 4 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. 30 december 2009.
- 5 Proces van doorzettingsmacht bij overschrijding datum Meerjarenagenda. Zorginstituut Nederland. [www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/proces-van-doorzettingsmacht-bij-overschrijding-termijnen-meerjarenagenda](http://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/proces-van-doorzettingsmacht-bij-overschrijding-termijnen-meerjarenagenda), geraadpleegd op 28 december 2017.
- 6 Zorginstituut Nederland. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (versie 1.1). 28 juni 2016.
- 7 Zorginstituut Nederland. Zorginstituut stelt indicatoren van Zorgstandaard Integrale Geboortezorg vast. 6 juni 2017.
- 8 Kiers B. 'Doseer doorzettingsmacht kwaliteitsinstituut'. *Zorgvisie*. 24 februari 2016.
- 9 Zorginstituut Nederland. Zorginstituut stelt indicatorensets en volumennormen voor zes indicaties Spoedzorg vast. 16 december 2015.
- 10 Invoering Kwaliteitsstandaard organisatie van Intensive Care (IC). Zorginstituut Nederland. [www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/traumazorg-en-ic/invoering-kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care-ic](http://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/traumazorg-en-ic/invoering-kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care-ic), geraadpleegd op 28 december 2017.
- 11 Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.
- 12 Van Steenberghe E, Rueb T. Een som van 2,1 miljard waar niemand iets aan kan doen. *NRC Handelsblad* 21 september 2017.
- 13 Kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register. Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/zorgstandaard-traumatisch-hersenletsel/Paginas/Home.aspx>, geraadpleegd op 28 december 2017.