

Tien jaar kwaliteitszorg: de verloskundige beroepsgroep vergeleken met de andere beroepsgroepen

De gezondheidszorg in Nederland staat op een hoog peil. Patiënten en cliënten verwachten tegenwoordig dat de kwaliteit van zorg goed bewaakt en waar nodig verbeterd wordt. Zorgaanbieders, waaronder de beroepsgroep van verloskundigen, hebben daarvoor de afgelopen decennia instrumenten ontwikkeld.

Dr. Emmy M. Sluijs en drs. Marlies Bennema-Broos, onderzoekers bij het Nivel

Verloskundigen hebben het afgelopen decennium actief gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitszorg, evenals de andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Wat deze beroepen op het gebied van kwaliteit doen en hebben gedaan is recent door het Nivel geïnventariseerd. Dit artikel laat zien welke beroepsgroepen ver en welke minder ver zijn met kwaliteitszorg. Uitgangspunten zijn de kwaliteitsactiviteiten van verloskundigen, zodat bekeken kan worden hoe die zich verhouden tot de kwaliteitszorg van andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

De gegevens zijn afkomstig van de 'Overzichtstudie Kwaliteitssystemen van Beroepsbeoefenaren in de Zorgsector in de

periode 1990-2000'.¹ Deze overzichtstudie is verricht in opdracht van het Ministerie van VWS ten behoeve van de vierde Leidschendamconferentie die in mei dit jaar is gehouden. Op deze conferentie is onder meer afgesproken dat de komende vijf jaar de implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten centraal zal staan.

De Leidschendamafspraken

Tijdens de eerste Leidschendamconferentie in 1990 hebben verloskundigen, evenals alle andere beroepsgroepen, afgesproken kwaliteitssystemen te zullen invoeren. In de eerste plaats om de kwaliteit te bewaken en voortdurend te streven naar verbetering van de zorg. In de tweede plaats - en niet minder belangrijk - om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken voor anderen, bijvoorbeeld voor patiënten, voor huisartsen en gynaecologen (de ketenpartners) en voor zorgverzekeraars.

Transparantie staat in het Nederlandse kwaliteitsbeleid hoog in het vaandel en is eveneens een belangrijk aandachtspunt voor de komende vijf jaar. In zijn algemeenheid moet transparantie van de kwaliteit ervoor zorgen dat patiënten vertrouwen hebben en houden in de Nederlandse gezondheidszorg. Dat geldt ook voor de verloskunde. Het ligt voor de hand dat transparantie bijdraagt aan het vertrouwen in de verloskundige zorg, omdat daarmee zichtbaar wordt op welke wijze verloskundigen de kwaliteit bewaken en verbeteren.

Vier elementen in een kwaliteitssysteem

Doorgaans richten de beroepsgroepen zich bij de ontwikkeling van kwaliteitszorg op vier aspecten van kwaliteit: de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar en de normering, bewaking en borging van de kwaliteit. Om dat te realiseren werken beroepsgroepen aan de ontwikkeling van:

- **Deskundigheid**
een goede opleiding en bij- en nascholingsactiviteiten en een beroepsprofiel

*Correspondentieadres:
Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg,
Drieharingstraat 6,
Postbus 1568,
3500 BN Utrecht.
tel.: 030 -2729700;
fax 030-2729729;
www.nivel.nl
e-mail: e.sluijs@nivel.nl;
m.bennema@nivel.nl

erg en Marianne
hulp en inzet bij
verzameling. Bo-
digen van de vol-
erkentelijk voor
ntiestudie: Sifra te
trecht, Verloskun-
cht, en de polikli-
AC te Amsterdam.

NAJ. Long distance
patients' homes
k. BMJ

nes EM, Gough NAJ.
telephone. I:
system in Cardiff. Br J
18-023.

Darvill D, Walker J,
ite monitoring by
nce in four centres with
tern. Br J Obstet
3.

Birnie E, Ris M,
nancy monitored ante-
t Gynecol Reprod Biol

lervan HA, Bossuyt
nization analysis of
onitoring in high-risk
1997;89:925-929.
ncept. Early Hum Dev

A. Telemonitoring.
den in de Nederlandse
ge van de resultaten van
september 1998-juni
Health Management

le website van vroed-
vrouwen.net.

In zijn
algemeenheid
moet transparantie van de
kwaliteit
ervoor zorgen
dat patiënten
vertrouwen
hebben en
houden in de
Nederlandse
gezondheids-
zorg

waarin de taken en bevoegdheden staan beschreven;

- **Normering**
een stelsel van normen en richtlijnen met expliciete kwaliteitscriteria en een registratiesysteem om de daadwerkelijk verleende zorg vast te leggen;
- **Bewaking en verbetering**
vormen van systematische kwaliteitsbewaking en bevordering via onder andere intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties;
- **Borging**
via bijvoorbeeld herregistratie, externe beoordeling of certificering of via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag, om externe verantwoording af te leggen.

Indien binnen een beroepsgroep structuren bestaan om deze vier onderdelen in onderlinge samenhang goed te laten functioneren, kan gesproken worden van een kwaliteitssysteem. De gegevens uit het onderzoek laten zien dat deze vier afzonderlijke elementen in het kwaliteitsbeleid van veel beroepsgroepen terugkomen. Het is niet zo, dat deze elementen in elke beroepsgroep inmiddels een samenhangend kwaliteitssysteem vormen.

De beroepsgroepen vergeleken

De beroepsgroepen verschillen in de accenten die zij in het kwaliteitsbeleid leggen. Dat is deels verklaarbaar door historisch gegroeide situaties, zoals bijvoorbeeld de visitaties binnen de medisch specialistische beroepsgroepen. Ondanks deze verschillen is in het eerder genoemde onderzoek getracht de beroepen op globale wijze in te delen naar de mate waarin kwaliteitszorg inmiddels ontwikkeld is. Dat geeft in grote lijnen het volgende beeld:

- Vergenodigd met de ontwikkelingen op de vier kwaliteitsgebieden zijn de apo-

thekers, de huisartsen en de medisch specialisten.

- Een middenpositie wordt ingenomen door verpleeghuisartsen, tandartsen, verloskundigen en paramedische beroepsgroepen.
- Minder ver met de ontwikkelingen zijn de sociaal-geneeskundigen, de verpleegkundigen en verzorgende beroepsbeoefenaars, de psychologen en de alternatieve genezers.

Verloskundigen nemen een middenpositie in. Dat is vooral te danken aan het feit dat men in de verloskunde vrij ver gevorderd is met registratie van de verloskundige zorg, waarbij zelfs uitkomstindicatoren worden gebruikt. Veel andere beroepsgroepen werken nog hard aan de ontwikkeling van registratiesystemen en beschikken nog nauwelijks over uitkomstindicatoren.

Op twee gebieden valt nog veel te doen in de verloskunde, met name op het gebied van de implementatie van systematische kwaliteitsbewaking en op het gebied van verbetering en borging van de kwaliteit. Dat wordt duidelijk aan de hand van het hierna volgende overzicht van kwaliteitszorg door verloskundigen. We kijken daarbij speciaal naar de accenten die in de verloskunde worden gelegd, en vergelijken die met accenten die in andere beroepsgroepen te zien zijn.

Kwaliteitszorg van verloskundigen onder de loep

Deskundigheid

Het eerste element, de deskundigheid is goed geregeld via de specifieke opleiding en bij- en nascholingsmogelijkheden voor verloskundigen. De KNOV organiseert jaarlijks twee nascholingsdagen voor verloskundigen en er worden trainingen georganiseerd in samenwerking met andere beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld recent over HIV en over prenatale diagnostiek. In 1998 zijn de nascholingsmogelijkheden uitgebreid met trainingen die in het kader van het PROVER-traject worden gegeven.

Daaraan hebben verloskundigen algemeenheid. Een uitzondering van alternatieve eisen niet

Normering en

Wat betreft not

Verloskundig Verloskundige

Indien die momer

naar de Landelij

In het vademec

vastgelegd over

kundige zorg, z

catielijst, regio

den, de perinat

onderzoek. Bijz

uitgaat van een

van wetenschap

dat besluitvorm

consensus tusse

betrokken beroe

kundigen, huisar

Inmiddels besch

over een methoc

en implementere

ste standaard w

deze methodiek c

geïmplementeerd

standaarden volg

De Landelijke

(LVR) is al in 19

stratie heeft tot

zorg die de indiv

leent in beeld te t

leveren aan inter

binnen een echel

ons. De LVR wor

pen aan herzieni

op elektronische

definiëring van ge

Een vergelijking

pen laat zien dat ir

gezegd - een accen

de medisch
ingenomen
ndartsen, ver-
sche beroeps-
delingen zijn
de verpleeg-
eroepsbeoefe-
le alternatieve

middenpositie
in het feit dat
r gevorderd is
kundige zorg,
oren worden
groepen wer-
eling van regi-
1 nog nauwe-
t.
eel te doen in
op het gebied
systematische
t gebied van
kwaliteit. Dat
an het hierna
teitszorg door
aarbij speciaal
oskunde wor-
met accenten
te zien zijn.

ligen onder

kundigheid is
e opleiding en
eden voor ver-
ganiseert jaar-
oor verloskun-
gen georgani-
idere beroeps-
recent over
stiek. In 1998
heden uitge-
het kader van
len gegeven.

Daaraan hebben inmiddels bijna vierhonderd verloskundigen deelgenomen. In zijn algemeenheid is de deskundigheid voor alle zorgberoepen in Nederland goed geregeld. Een uitzondering vormen de beroepsgroepen van alternatieve genezers waar de opleidingseisen niet wettelijk geregeld zijn.

Normering en registratie

Wat betreft normering en registratie kan bij verloskundigen verwezen worden naar het *Verloskundig Vademecum* inclusief de Verloskundige Indicatielijst, naar de standaarden die momenteel ontwikkeld worden en naar de Landelijke Verloskunde Registratie. In het vademecum zijn diverse richtlijnen vastgelegd over de kwaliteit van de verloskundige zorg, zoals de verloskundige indicatielijst, regionale samenwerkingsverbanden, de perinatale audit en echoscopisch onderzoek. Bijzonder is dat dit vademecum uitgaat van een zo hoog mogelijke graad van wetenschappelijke onderbouwing en dat besluitvorming tot stand komt door consensus tussen de bij de verloskunde betrokken beroepsverenigingen van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Inmiddels beschikken verloskundigen ook over een methodiek voor het ontwikkelen en implementeren van standaarden. De eerste standaard wordt momenteel volgens deze methodiek ontwikkeld en nog in 2000 geïmplementeerd. Daarna zullen meerdere standaarden volgen.

De Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) is al in 1985 ontwikkeld. Deze registratie heeft tot doel de kwaliteit van de zorg die de individuele verloskundige verleent in beeld te brengen en een bijdrage te leveren aan intercollegiale toetsing zowel binnen een echelon als tussen twee echelons. De LVR wordt binnenkort onderworpen aan herziening, onder andere gericht op elektronische registratie en eenduidige definiëring van gegevens.

Een vergelijking met andere beroepsgroepen laat zien dat in de verloskunde - zoals al gezegd - een accent ligt op registratie van de

zorg. In de andere beroepsgroepen zijn opvallende accenten te zien bij medisch specialisten en huisartsen. Medisch specialisten kennen al sinds 1982 medisch specialistische richtlijnen en huisartsen spannen de kroon met de grote hoeveelheid wetenschappelijk onderbouwde huisartsgeneeskundige standaarden die de laatste vijftien jaar ontwikkeld zijn.

Bewaking en verbetering

In 1997 zijn verloskundigen gestart met het opzetten van een systeem voor intercollegiale toetsing. Om intercollegiale toetsgroepen te begeleiden is een aantal verloskundigen opgeleid tot toetsgroepbegeleider. Uit een inventarisatie van de KNOV is gebleken dat er tot 1999 in 32 kringen 1 of meerdere toetsgroepen waren gestart. In 2000 zijn in 25 kringen nog toetsgroepen actief. In totaal nemen 350 verloskundigen deel aan een toetsgroep. De meerderheid (304) is afkomstig uit de eerste lijn, de overigen uit de tweede lijn. Volgens enkele verloskundigen wordt door de hoge werkdruk op dit moment niet optimaal gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een toetsgroep te starten of in stand te houden.

Naast intercollegiale toetsing kennen verloskundigen de Verloskundige Onderlinge Kwaliteitsspiegeling (VOKS). Het doel daarvan is praktijkgegevens uit de LVR te vergelijken met landelijke cijfers, waarbij gecorrigeerd wordt voor factoren die van invloed kunnen zijn op de uitkomsten van zorg, bijvoorbeeld etniciteit en pariteit. De gecorrigeerde cijfers kunnen gebruikt worden voor in- en externe toetsing van het gevoerde beleid. Dit project verkeert nog in de experimentele fase.

Ook in veel andere beroepsgroepen is intercollegiale toetsing inmiddels een bekende vorm van kwaliteitsbewaking en -verbetering. In het kwaliteitsbeleid van verpleeghuisartsen en van veel paramedische beroepsbeoefenaars ligt een zwaar accent op de implementatie van intercollegiale toetsing. Bij medisch specialisten ligt het ac-

Verloskundigen nemen een middenpositie in. Dat is vooral te danken aan het feit dat men in de verloskunde vrij ver gevorderd is met registratie van de verloskundige zorg, waarbij zelfs uitkomst-indicatoren worden gebruikt

Volgens enkele verloskundigen wordt door de hoge werkdruk op dit moment niet optimaal gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een toetsgroep te starten of in stand te houden

cent, zoals eerder opgemerkt op visitatie, aanvankelijk alleen van opleidingspraktijken maar tegenwoordig ook van niet-opleidingspraktijken.

Borging

Herregistratie is een vorm van kwaliteitsborging die voor alle beroepen die onder de Wet BIG vallen is ingevoerd. Herregistratie biedt de mogelijkheid op den duur aanvullende eisen op het gebied van kwaliteit te stellen, bijvoorbeeld op het gebied van nascholing of van deelname aan vormen van toetsing. Borging van de kwaliteit kan ook plaatsvinden door externe beoordeling of certificering. Tenslotte is het kwaliteitsjaarverslag een manier om de zorg voor kwaliteit in de openbaarheid te brengen.

Voor verloskundigen is een handleiding ontwikkeld voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag voor de verloskundige praktijk. Deze handleiding is opgenomen in het *Handboek Kwaliteit*. In 1999 is de handleiding geëvalueerd en bijgesteld.

Systemen voor externe beoordeling zijn inmiddels wel gerealiseerd in zorginstellingen, maar zijn bij beroepsgroepen (nog) een weinig voorkomend verschijnsel. Een uitzondering vormen de apothekers die als eerste een certificatieschema hebben laten ontwikkelen door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ); inmiddels hebben de tandartsen hun voorbeeld gevolgd. De eerste apothekers hebben inmiddels via externe beoordeling een HKZ-certificaat verworven.

Samenhang in kwaliteitszorg

Het bovenstaande illustreert dat door en voor verloskundigen een aantal kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld is. Daarmee is kwaliteitszorg niet af. De volgende stap is te zorgen voor samenhang in alle activiteiten die op het gebied van kwaliteit worden ondernomen. In zijn algemeenheid kan deze samenhang vanuit drie invalshoeken worden bekeken: de samenhang van het kwaliteitsbeleid binnen een beroepsgroep, de sa-

menhang tussen beroepsgroepen onderling en tenslotte de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van instellingen en beroepsbeoefenaars.

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

Met samenhang in het kwaliteitsbeleid tussen beroepsgroepen wordt bedoeld op gezamenlijke kwaliteitsbewaking indien meerdere beroepsgroepen bij de zorg betrokken zijn. Dat komt op gang in de zorg voor chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes, chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) en patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA), of op plaatsen waar bijvoorbeeld verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten samenwerken. Op dat gebied zijn nieuwe ontwikkelingen te zien. Er worden gezamenlijk en multidisciplinair richtlijnen opgesteld voor de gehele zorgketen. Deze ontwikkelingen verkeren nog in een pril stadium. De meeste zorgverleners zijn nog op zoek naar manieren om de kwaliteitsbewaking en -verbetering van dergelijke zorgketens gezamenlijk vorm te geven.

Ook in de verloskundige zorg zijn de afgelopen tien jaar diverse activiteiten ondernomen om samenwerking en afstemming te bevorderen. Belangrijk in dit verband is het feit dat het *Verloskundig Vademecum* is opgesteld voor en door de drie betrokken beroepsgroepen, verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. In 2000 worden door het hele land workshops gehouden om het herziene vademecum toe te lichten. De

workshops zijn samengestelde en afstemming. Ook is begin Verloskundige (VSV's) in het ieder geval gyn loskundigen p overleg worden voorbeeld indic delijk beleid en atie van de exp de samenwerkir de lijn was verb Daarmee zijn w en laatste vorm die tussen het k ling, bijvoorbe professionele zo betrokken verlg en. Aanvankeli management en roepsgroepen e kwaliteitsbeleid onderzoek blijkt ziekenhuizen de 2000) een geza stellen om de integratie te ver

Samenwerking en zorgverzekering

Uitgangspunt is zette kwaliteitsl de samenwerkir partijen: zorgaa sumenten(orga raars. Samenw cliënten is bete lingen dan bij beeld, in nage worden cliënten leid van de zorg omdat dit sind plichting is. A ruim twee derde riodiek mening cliënten of pati

pen onderling
issen het kwa-
en beroepsbe-

theorie spra-
kwaliteitssys-
estaat waarin
lighheidsbevor-
ar verbonden
ollegiale toet-
lementatie en
dit alles mee-
ificering. Een
de praktijk
d. Wel is bin-
epsgroep een
angend kwa-

eitsbeleid tus-
oeld op geza-
indien meer-
rg betrokken
de zorg voor
ten met dia-
respiratoire
atiënten met
(CVA), of op
rpleegkundig-
ecialisten sa-
zijn nieuwe
vorden geza-

richtlijnen
keten. Deze
in een pril
ers zijn nog
kwaliteitsbe-
gelijke zorg-
zen.

zijn de afge-
en onderno-
stemming te
verband is het
recum is op-
betrokken
en, huisart-
vorden door
den om het
lichten. De

workshops zijn bedoeld voor gemengd
samengestelde groepen om samenwerking
en afstemming te bevorderen.

Ook is begin jaren negentig een aantal
Verloskundige Samenwerkingsverbanden
(VSV's) in het leven geroepen, waarin in
ieder geval gynaecologen en eerstelijnsver-
loskundigen participeren. In onderling
overleg worden afspraken gemaakt over bij-
voorbeeld indicatiestelling, medisch inhou-
delijk beleid en nascholing. Uit een evalu-
atie van de experimentele VSV's bleek dat
de samenwerking tussen de eerste en twee-
de lijn was verbeterd.

Daarmee zijn we tevens beland bij de derde
en laatste vorm van afstemming, namelijk
die tussen het kwaliteitsbeleid van de instel-
ling, bijvoorbeeld het ziekenhuis, en de
professionele zorgverleners, bijvoorbeeld de
betrokken verloskundigen en gynaecolo-
gen. Aanvankelijk bleek dat het ziekenhuis-
management en de daarin werkzame be-
roepsgroepen elk afzonderlijk een eigen
kwaliteitsbeleid ontwikkelden. Uit recent
onderzoek blijkt dat in drie kwart van de
ziekenhuizen deze partijen inmiddels (anno
2000) een gezamenlijk kwaliteitsbeleid op-
stellen om de onderlinge afstemming en
integratie te verbeteren.

Samenwerking met patiënten(organisaties) en zorgverzekeraars

Uitgangspunt in het in 1990 nieuw inge-
zette kwaliteitsbeleid in de zorgsector was
de samenwerking tussen de drie betrokken
partijen: zorgaanbieders, patiënten- en con-
sumenten(organisaties) en zorgverzeke-
raars. Samenwerking met patiënten of
cliënten is beter gerealiseerd bij zorginstel-
lingen dan bij beroepsgroepen. Bijvoor-
beeld, in nagenoeg alle zorginstellingen
worden cliëntenraden bij het kwaliteitsbe-
leid van de zorginstelling betrokken, mede
omdat dit sinds 1996 een wettelijke ver-
plichting is. Als tweede voorbeeld meldt
ruim twee derde van de zorginstellingen pe-
riodiek meningspeilingen te houden onder
cliënten of patiënten.

Uit het onderzoek blijkt echter dat bij de
beroepsgroepen nog weinig instrumenten
ontwikkeld zijn om de inbreng van of
feedback door patiënten of cliënten een
plaats te geven. Patiënten- en consumen-
tenorganisaties hebben feedbacksystemen
ontwikkeld voor huisartsen en apo-
thekers en dergelijke instrumenten zijn er
ook voor de medisch-specialistische zie-
kenhuiszorg en verpleeghuiszorg. In de
overige beroepsgroepen zijn wij dergel-
ijke systemen, waarmee de zorg vanuit
patiënten- en cliëntenperspectief beoor-
deeld kan worden, niet tegengekomen in
de literatuur. In zijn algemeenheid lijkt
het erop dat patiënten en cliënten of
hun organisaties nog weinig bij de kwali-
teitszorg van de beroepsgroepen worden
betrokken. In het onderzoek zijn even-
min gegevens aangetroffen over de wijze
waarop zorgverzekeraars bij het kwali-
teitsbeleid van de beroepsgroepen zijn
betrokken.

Tot slot

Uit het onderzoek blijkt dat er bij veel
beroepsgroepen enthousiasme voor kwali-
teitsactiviteiten bestaat, ook al kosten deze
tijd. De ervaringen met bijvoorbeeld toet-
sing en visitatie tonen dat deelnemers deze
onderdelen als waardevol ervaren om verbe-
teringen te realiseren, de samenwerking te
verbeteren en kritischer naar het eigen han-
delen te (durven) kijken. Die ervaringen
zullen het draagvlak voor de implementatie
vergroten. Daarna zal zichtbaar worden in
welke mate kwaliteitszorg daadwerkelijk
bijdraagt aan het waarborgen en verbeteren
van de kwaliteit van de patiëntenzorg. On-
derzoek naar de effecten van kwaliteitszorg
is tot op heden nog nauwelijks verricht en
misschien is het daar - althans wat de ver-
loskundige beroepsgroep betreft - ook nog
te vroeg voor. Wel mag in de toekomst
zeker worden verwacht dat alle inspannin-
gen die nu op het gebied van kwaliteit wor-
den verricht, hun vruchten zullen afwer-
pen. ●

**Binnen een
beroepsgroep
is in theorie
sprake van een
samenhangend
kwaliteits-
systeem als er
een structuur
bestaat waarin
normering,
toetsing,
deskundigheids
bevordering en
borging met
elkaar
verbonden zijn**

Referenties

- 1 Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C. Overzichtstudie kwaliteits-systemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 - 20000. Utrecht: Nivel, 2000.
- 2 Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: Nivel, 2000.