



## Bijlage

Datum  
16 februari 2012

### **Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011**

## **1 Inleiding**

### **Aanleiding en belang**

In opdracht van de voormalig Minister van VWS dhr. Klink heeft de multidisciplinaire Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in januari 2010 het advies 'Een goed begin' uitgebracht. Dit advies (verder: stuurgroepadvies) beschrijft aanbevelingen om 'het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaard factoren in de zorg in vijf jaar te halveren'. Het stuurgroepadvies wordt door alle betrokken partijen gedragen.

De Minister van VWS schreef per brief aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> dat de aanbevelingen grotendeels worden overgenomen waarbij de te nemen maatregelen zich vooral richten op het verbeteren van de samenwerking, de acute verloskundige zorg en de risicoselectie. Vervolgens heeft de Minister op 9 juni 2011 aan de beroepsgroepen laten weten dat de in het stuurgroepadvies voorgestelde '15 minuten norm' en de voorgestelde begeleidings- en bewakingsnormen op korte termijn niet haalbaar zijn aangezien er op korte termijn niet genoeg personeel beschikbaar is om aan deze normen te voldoen<sup>2</sup>. De beroepsgroepen is gevraagd om een gezamenlijk landelijk implementatieplan hiervoor op te stellen. Daarnaast hebben de betrokken beroepsgroepen in opdracht van de Minister van VWS normen waarover onduidelijkheid bestond in bestuurlijk overleg<sup>3</sup> nader gespecificeerd en voorzien van een datum waarop ze volgens de veldpartijen realiseerbaar zouden moeten zijn<sup>4</sup>.

### **Inspectieonderzoek**

In 2012 en 2013 voert de inspectie een themaonderzoek uit naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg rond de geboorte in eerste en tweede lijn. Hierop vooruitlopend verrichtte zij, mede op verzoek van de Minister van VWS, in 2011 een kort onderzoek naar de voortgang die ziekenhuizen boeken bij het uitvoeren van de aanbevelingen uit het advies 'Een goed begin'<sup>5</sup>.

Dit betrof een kort vragenlijstonderzoek enerzijds naar aanbevelingen waarvan het veld heeft aangegeven dat zij uiterlijk 1 januari, respectievelijk 1 juli 2012 ingevoerd zouden zijn, te weten:

- deelname aan Perinatale Audit Nederland (PAN) per 1 januari 2012;
- een expliciet en functionerend verloskundig samenwerkingsverband (VSV);

1 CZ/EKZ 3040205, 14 december 2010

2 Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011

3 Deelnemers aan de bestuurlijke overleggen ter nadere specificering van de normen waren NVZ en NVOG, in afstemming met de KNOV, NVK en NVA, onder regie van VWS.

4 De notitie 'Definities 24/7 acute verloskunde en andere normen voor de ziekenhuizen uit het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte' is als bijlage toegevoegd

5 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte.html>

- deelname aan Perinatale Registratie Nederland (PRN) per 1 juli 2012.

**Datum**  
16 februari 2012

Anderzijds was het onderzoek een inventarisatie van de mate waarin ziekenhuizen al voldeden aan de '15 minuten norm', de '1 op 2 bewakingsnorm' en de '1 op 1 begeleidingsnorm', waarvan zowel het veld als de Minister hebben aangegeven dat deze op korte termijn niet volledig haalbaar zijn. Daarbij vroeg de inspectie ook in hoeverre deze laatste normen voor ziekenhuizen aanleiding vormden voor concentratie van de zorg bij de bevalling en wat dit betekent voor de bereikbaarheid van die zorg.

## **2 Conclusies**

### **Hoofdconclusie**

De inspectie stelt vast dat het veld eind 2011 goed op weg was met de normen waaraan in januari respectievelijk juli van 2012 voldaan moet zijn. De inspectie verwacht dat medio 2012 VSV's in heel Nederland zijn geëffectueerd en dat regionale evaluatie van de verloskundige zorg de basis vormt voor verbeteracties waar die nodig zijn.

De inspectie constateert daarnaast dat de 'bevallingsnormen' op korte termijn niet haalbaar zijn. Bovendien bestaat in het veld gerede twijfel over de wenselijkheid en noodzaak van het voldoen aan die normen. De oplossingen die nu in veel ziekenhuizen worden overwogen, meer concentratie van zorg rond de bevalling, zijn niet op korte termijn te verwezenlijken en brengen nieuwe problemen ten aanzien van de bereikbaarheid mee. Deze dilemma's vragen om een heldere keuze van de overheid over het gewenste beleid.

### **Momentopname van een veld in beweging**

Eind augustus 2011 is de vragenlijst voor de inventarisatie naar de ziekenhuizen verzonden<sup>6</sup>. Het verzoek was om de antwoorden uiterlijk 1 november 2011 naar de inspectie te sturen. Dit resulteerde in een respons van 100 procent. Deze snelle maximale respons is een indicator dat het onderwerp leeft in het veld. Ook uit de toelichtingen op de antwoorden blijkt dat het veld door het stuurgroepadvies gemotiveerd in beweging is gezet.

Uit recente inspectiebezoeken en andere contacten blijkt dat er sinds november al weer zaken zijn gewijzigd. Zo geven bijvoorbeeld enkele ziekenhuizen aan, in afwijking van wat ze in november rapporteerden, inmiddels wel of niet meer na te denken over concentratie of afstoting van verloskundige zorg. Ook andere bevindingen zijn, op weg naar de voor veel normen geldende datum van 1 juli 2012, snel aan het veranderen. Dit betekent dat de bevindingen uit deze inventarisatie moeten worden beschouwd als een momentopname.

### **Samenwerking in de verloskundige keten volop in ontwikkeling**

Alle 92 ziekenhuizen die verloskundige zorg verlenen, werken in de praktijk samen met eerstelijns verloskundigen (en, waar aanwezig, verloskundig actieve huisartsen). Driekwart van de ziekenhuizen hadden in november een schriftelijke

<sup>6</sup> Om de ziekenhuizen tijd te geven hun plan van aanpak voor de implementatie van de normen af te stemmen met de betrokkenen in het Verloskundig Samenwerkingsverband en met het ROAZ, heeft de inspectie vorig jaar juli eerst aan de ziekenhuizen per brief aangekondigd van welke normen zij in het najaar van 2011 de stand van zaken zou inventariseren.

toelatingsovereenkomst gesloten met deze eerstelijns professionals. In juli 2012 zal dat volgens hun opgave in alle ziekenhuizen het geval zijn.

**Datum**  
16 februari 2012

Negentig procent van de ziekenhuizen had in november in zijn regio een verloskundig samenwerkingsverband (VSV). In juli 2012 hebben volgens hun opgave alle regio's een VSV.

Het VSV werd door de respondenten genoemd als belangrijk middel voor de samenwerking, deskundigheidsbevordering en regionale afstemming. Meerdere ziekenhuizen benoemden in dit verband projecten ter intensivering van de samenwerking in de ketenzorg, soms met integrale organisatievormen. Daarbij werden begrippen als ontschotting, gemeenschappelijke protocolontwikkeling en deskundigheidsbevordering genoemd. Als knelpunt werd hier het ontbreken van een financieringsstructuur (keten DBC) vermeld.

---

Het VSV is tevens een belangrijk gremium voor de implementatie van de perinatale audit, de perinatale registratie en de parallelle actie in geval van een acute situatie (zie verderop in deze bijlage).

### **Elektronische gegevensuitwisseling bevordert het multidisciplinair bespreken van alle zwangeren**

Het begrip 'VSV' werd door de ziekenhuizen wel verschillend gedefinieerd, zowel naar deelnemers als naar doelstellingen. Vrijwel alle VSV's hadden als doelstelling de afstemming tussen professionals, de lokale uitvoering van landelijk vastgestelde multidisciplinaire protocollen, en het voorkómen van zorgverleners-delay.

De in het stuurgroepadvies voorgestelde nieuwe doelstelling om alle zwangeren in het VSV te bespreken, lukte nog maar in een kwart van de VSV's. Een kwart van de ziekenhuizen gaf expliciet aan dat deze doelstelling een meerjarenplan behelst en niet op 1 juli 2012 behaald zal zijn. Genoemde knelpunten zijn de benodigde tijd, mensen en financiering en het ontbreken van een systeem van elektronische gegevensuitwisseling, zoals het beoogde Perinataal Webbased Dossier (PWD)<sup>7</sup>.

### **Evaluatie van zorg: perinatale audit gemeengoed, registratie kent nog structurele belemmeringen**

Alle 92 ziekenhuizen namen in november deel aan de Perinatale Audit Nederland, waarbij op systematische wijze de kwaliteit van de perinatale zorgverlening bij babysterfte onder de loep wordt genomen<sup>8</sup>. In alle ziekenhuizen gebeurde de audit multidisciplinair met zorgverleners uit tweede en eerste lijn.

In juli 2012 zullen, volgens hun opgave, alle ziekenhuizen een structuur hebben om te waarborgen dat de aanbevelingen uit de auditbesprekingen ook daadwerkelijk worden ingevoerd en geëvalueerd. Veel ziekenhuizen geven daarbij het VSV expliciet een rol.

In bijna alle ziekenhuizen werd de verloskundige zorg geregistreerd in de Perinatale Registratie Nederland (PRN). De neonatale zorg werd in tweederde van de ziekenhuizen in deze registratie vastgelegd. In juli zal dit volgens hun opgave

---

<sup>7</sup> Het Perinataal Webbased Dossier is een cliëntvolgend dossier waar de zwangere zelf eigenaar van is.

<sup>8</sup> In november 2011 heeft de PAN zijn eerste rapportage gepubliceerd. Daaruit bleek dat de perinatale sterfte bij voldragen kinderen sinds 2001 met 39 procent is gedaald. [www.perinataleaudit.nl](http://www.perinataleaudit.nl)

in negentig procent van de ziekenhuizen het geval zijn. De overige ziekenhuizen hebben meer tijd nodig.

**Datum**  
16 februari 2012

Uit de toelichtingen blijkt dat de meeste ziekenhuizen het grote belang inzien van registratie in de nieuwe cliëntvolgende PRN-dataset<sup>9</sup>. Gezien de omvang van de nieuwe dataset is volgens respondenten digitale aanlevering hiervoor een voorwaarde. Veelgenoemde knelpunten zijn dan ook de aansluiting tussen PRN en het verloskundig informatiesysteem in het betreffende ziekenhuis, en de benodigde tijdsinvestering en financiën daarvoor. Een sluitende keten van cliëntvolgende gegevens in de nieuwe PRN dataset is voor veel de ziekenhuizen daarom vooralsnog niet haalbaar.

### **Parallele actie in bijna alle ziekenhuizen medio 2012 geformaliseerd**

Het doel van de parallelle actie is om tijdverlies te voorkomen door, in een onverwachte spoedsituatie van een zwangere of barend thuis, de benodigde acties in het ziekenhuis op te starten parallel aan het transport van patiënte naar het ziekenhuis. Op 9 juni 2011 heeft de Minister van VWS per brief aan het veld expliciet uitgesproken dat zij verwacht dat het veld met het formaliseren van de parallelle actie aan de slag ging<sup>10</sup>. Hoewel in november 2011 slechts in een kwart van de ziekenhuizen een systeem voor parallelle actie was vastgelegd, zal dit naar verwachting in juli 2012 in bijna alle ziekenhuizen geregeld zijn. Meerdere ziekenhuizen tekenen hierbij aan te verwachten dat vaker onnodig een anesthesioloog, een OK-team en een kinderarts in huis gehaald worden.

### **Spanningsveld tussen personele beschikbaarheid en bereikbaarheid**

Het stuurgrupadvies heeft normen voorgesteld voor het starten van een behandeling in geval van een potentieel levensbedreigende situatie (de 15 minuten norm) en voor de bewaking en begeleiding van de barend vrouw (de 1:2 bewaking en de 1:1 begeleiding) verder: de 'bevallingsnormen'. Zoals reeds door de Minister van VWS aangegeven per brief van 9 juni 2011<sup>10</sup>, blijken deze bevallingsnormen ver van de werkelijkheid. Driekwart van de ziekenhuizen kon nog niet aan deze voorgestelde normen voldoen. Als knelpunten werden genoemd het ontbreken van voldoende beschikbare professionals (gynaecologen, O&G verpleegkundigen, OK-teamleden) en het ontbreken van financiële middelen voor de forse extra investeringen in mensen en middelen. Ook uitten enkele ziekenhuizen twijfel of deze investeringen in het licht van de te behalen gezondheidswinst een verantwoorde keuze is.

Ziekenhuizen die nog niet aan deze normen voldoen melden wel dat ze binnen de nu geldende normen, verantwoorde zorg kunnen leveren, ondermeer door 24/7 aanwezigheid van klinisch verloskundigen of arts-assistenten en de snelle beschikbaarheid van gynaecoloog, anesthesist, kinderarts en OK-team.

Uit de toelichtingen op de vragenlijsten blijkt dat de 'bevallingsnormen' aanleiding zijn tot het overwegen van concentratie van verloskundige zorg: de helft van de ziekenhuizen gaf in november aan dat ze hier over nadenkt, al dan niet met concrete plannen. De helft van de ziekenhuizen die over concentratie nadenken

<sup>9</sup> De PRN heeft een (beknopte) oude dataset die gegevens per beroepsgroep vastlegt (waarbij gegevens van de gynaecoloog, verloskundige en kinderarts achteraf gekoppeld moeten worden) en een (uitgebreide) nieuwe cliëntvolgende dataset.

<sup>10</sup> Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011, pagina 2

gaf aan dat de 45 minuten bereikbaarheidsnorm daarbij niet in het geding is, en een derde dat de bereikbaarheid een knelpunt kan worden.

Een ander benoemd dilemma is of de kosten/baten van de verloskunde, bij de voorgestelde normen van het stuurgrupadvies, stroken met een financieel gezonde bedrijfsvoering.

**Datum**  
16 februari 2012

### **3 Vervolgacties inspectie**

#### **Toezicht op de normen van het stuurgrupadvies in de ziekenhuizen**

De ziekenhuizen ontvangen een geïndividualiseerde rapportage van voorliggende gegevens met spiegelinformatie. De inspectie zal na juli 2012 de ziekenhuizen die nog niet (geheel) voldoen aan de normen die volgens het veld op die datum gerealiseerd zouden moeten zijn, vragen om een verantwoordingsrapportage en zo nodig maatregelen opleggen.

---

Voor het toezicht op de nog niet overal haalbare voorgestelde normen (zoals de 15 minuten norm en de begeleidings- en bewakingsnormen) wacht de inspectie het standpunt en beleid van de Minister van VWS af met betrekking tot het implementatieplan dat aan partijen is gevraagd.

In geval van een calamiteit betreft de inspectie de normen die volgens het veld op dat moment gerealiseerd moeten zijn expliciet in het onderzoek naar de calamiteit en de handhaving.

#### **Dit onderzoek krijgt vervolg in 2012 en 2013**

In 2012 voert de inspectie binnen de eerstelijns verloskunde een inventarisatie uit naar de implementatie van de normen uit het stuurgrupadvies, zowel bij verloskundigen als bij verloskundig actieve huisartsen.

Vervolgens toetst de inspectie de gegeven antwoorden zowel in de eerste als in de tweede lijn aan de praktijk. Daarvoor worden eind 2012 en in 2013 inspectiebezoeken gebracht aan een steekproef van verloskundige samenwerkingsverbanden. De inspectie zal voor dit onderzoek naast de betreffende professionals ook ouders betrekken.

De inspectie sluit het Thematoezicht Geboortezorg af in één afsluitende rapportage. De inspectie zal het veld steeds op de hoogte houden van de deelbevindingen.

## 4 Resultaten

Datum

16 februari 2012

### Aantal ziekenhuizen

In Nederland zijn 92 ziekenhuizen waar volledige verloskundige zorg wordt verleend (zwangerschap, bevalling, kraambed, nazorg). Tweederde van de ziekenhuizen heeft daarnaast één of meer 'buitenpoli's' waar alleen poliklinische zorg wordt gegeven (zwangerschapscontroles en nazorg).

### Samenwerking met de eerste lijn

Een ziekenhuis werkt samen met gemiddeld 10 verloskundigenpraktijken (spreiding van 1 – 25). 17 ziekenhuizen werken daarnaast samen met verloskundig actieve huisartsen (spreiding van 1 – 10).

Driekwart van de ziekenhuizen had met alle verloskundigen die van hun voorzieningen gebruik maken een schriftelijke toelatingsovereenkomst. Meer dan de helft van de ziekenhuizen die met verloskundig actieve huisartsen samenwerken had met hen een schriftelijke toelatingsovereenkomst.

Alle ziekenhuizen die aangaven (nog) niet met alle samenwerkingspartners uit de eerste lijn een toelatingsovereenkomst te hebben, gaven aan dit op 1 juli 2012 geregeld te zullen hebben.

### Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV)

#### a) Aanwezigheid VSV

84 ziekenhuizen gaven aan een VSV te hebben. De overige ziekenhuizen gaven aan dit op 1 juli 2012 geregeld zullen te hebben.

#### b) Deelnemers aan het VSV

Alle ziekenhuizen met een VSV gaven aan dat gynaecologen / obstetrisch professionals<sup>11</sup> en eerstelijns verloskundigen deel uitmaakten van hun VSV. Een ruime meerderheid van de ziekenhuizen gaf aan dat kinderartsen/neonatologen vertegenwoordigd waren in het VSV en bij een derde van de ziekenhuizen maakten kraamzorginstellingen ook deel uit van het VSV.

Bij tweederde van de VSV's waren ook andere deelnemers vertegenwoordigd, zoals Obstetrie & Gynaecologie(O&G)verpleegkundigen, echoscopisten, en (leden van) het management.

#### Norm

Het ziekenhuis sluit een toelatingsovereenkomst af met de eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die gebruik maken van verloskundige faciliteiten in het ziekenhuis.

#### Norm

De obstetrisch/ gynaecologische staf behoort werkafspraken te maken met eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen ten aanzien van de verloskundige zorg.

#### Bronnen

- NVOG-Nota Algemene Kwaliteitsnormen. Utrecht, 2005
- Modelovereenkomst ziekenhuis – verloskundige. NVZ en KNOV, Utrecht / Bilthoven, 2003
- Verloskundig Vademecum, Diemen 2003

#### Norm

Alle ziekenhuisregio's hebben een expliciet en functionerend Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) vóór 1 juli 2012.

Elke betrokken professional participeert verplicht in een VSV.

Minimaal in het VSV vertegenwoordigd zijn alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren, gebaseerd op het werkgebied van het ziekenhuis.

#### Bronnen

- Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, pagina 32 en 63
- Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin', bijlage 2, paragraaf 6

<sup>11</sup> Obstetrisch professional is in de definitie van het stuurgroepadvies een gynaecoloog, een geautoriseerd arts-assistent of een geautoriseerd klinisch verloskundige

*c) Doelen van het VSV*

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft in haar advies vier doelstellingen benoemd.

De eerste drie waren in de doelstellingen van bijna alle ziekenhuizen met een VSV opgenomen (afstemming tussen professionals, lokale uitvoering van landelijk vastgestelde multidisciplinaire protocollen, en voorkómen van zorgverleners-delay).

De vierde (nieuwe) doelstelling (het uitwisselen van informatie over iedere zwangere op basis van de intake, geboorteplan en dossier) was bij een kwart van de VSV's in de doelstellingen opgenomen.

Tweederde van de ziekenhuizen gaf aan dat hun VSV ook andere doelen had, zoals trainingen en deskundigheidsbevordering, ontwikkelen visie voor de regio, versterken ketenzorg en integrale zorg, perinataal webbased dossier, en onderzoek.

**Datum**

16 februari 2012

---

**Perinatale Audit**

*a) Deelname aan Perinatale Audit Nederland*

Alle ziekenhuizen die verloskundige zorg aanbieden namen ook deel aan de Perinatale Audit Nederland.

*b) Aanbevelingen uit de auditbesprekingen*

Meer dan driekwart van de ziekenhuizen gaf aan dat zij een structuur had om te waarborgen dat de aanbevelingen uit de auditbesprekingen worden ingevoerd en geëvalueerd. De overige ziekenhuizen gaven aan dat ze hiervoor op 1 juli 2012 een structuur zullen hebben.

**Norm**

*Alle perinatale professionals nemen verplicht deel aan de Perinatale Audit Nederland.*

*Alle ziekenhuizen / VSV's nemen deel aan de Perinatale Audit Nederland vóór 1 januari 2012.*

**Bronnen**

- *Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, pagina 67 en 73*
- *Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin', bijlage 2, paragraaf 8*
- *Stichting PAN. [www.perinataleaudit.nl](http://www.perinataleaudit.nl)*

## **Perinatale Registratie**

### *a) Deelname aan de Perinatale Registratie Nederland (PRN)*

Bijna alle ziekenhuizen registreerden tweedelijns verloskundige zorg in de PRN.

Voor de neonatale zorg was dit tweederde.

Negentig procent van de ziekenhuizen gaf aan op 1 juli 2012 zowel de verloskundige als de neonatale zorg te registreren. De overige ziekenhuizen gaven aan meer tijd nodig te hebben.

### *b) Oude en nieuwe registratie*

De registratie vond in de meeste ziekenhuizen plaats in de oude datasets LVR-2 (verloskunde) en LNR (neonatologie). De nieuwe (cliëntvolgende) dataset van de PRN werd wat betreft de verloskunde in een derde van de ziekenhuizen gebruikt en voor de neonatologie in de helft van de ziekenhuizen.

## **Parallele actie in geval van acute situatie**

In een kwart van de ziekenhuizen was het inzetten van een parallelle actie formeel geregeld (of niet nodig omdat 24 uur per dag de benodigde professionals aanwezig zijn).

In bijna een kwart van de ziekenhuizen is het inzetten van een parallelle actie al praktijk of zijn er mondelinge afspraken. Deze ziekenhuizen gaven aan dat het formeel regelen hiervan haalbaar is vóór 1 juli 2012.

Alle ziekenhuizen gaven aan dat ze hierover in VSV-verband afspraken maken en op 1 juli 2012 een formele regeling voor parallelle actie zullen hebben.

### **Norm**

*De Perinatale Registratie Nederland moet een volledige dekking hebben en is daarom verplicht voor alle professionals die betrokken zijn bij de perinatale zorg.*

*Deelname van alle kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen vóór 1 juli 2012.*

### **Bronnen**

- *Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, pagina 63, 66 en 67 en 73*
- *Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin', bijlage 2, paragraaf 7*

### **Norm**

*In het geval van een acute levensbedreigende situatie thuis geeft de eerstelijns professional de indicatie tot verwijzen duidelijk door aan de obstetrisch professional in het ziekenhuis, zodat in specifieke situaties parallel de benodigde acties kunnen worden opgestart (oproepen gynaecoloog, OK team (incl.anesthesioloog) en kinderarts ). **De minister heeft in een brief aan de beroepsgroepen aangegeven dat zij verwacht dat het veld met het regelen van de parallelle actie aan de slag gaat.***

*Locaal moeten binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband de levensbedreigende condities benoemd en geëvalueerd worden op basis waarvan de verloskundige vanuit de thuissituatie een indicatie aan de gynaecoloog behoort te geven om de acute zorg in het ziekenhuis op te starten.*

### **Bronnen**

- *Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, pagina 48, 49, 52, 72*
- *Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin', bijlage 2, paragraaf 3*
- ***Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011***



### **Behandeling, bewaking en begeleiding bij de bevalling en acute zorg**

Het stuurgroepadvies heeft normen voorgesteld voor het starten van een behandeling in geval van een potentieel levensbedreigende situatie (de zogenoemde 15 minuten norm), voor de bewaking van de barendende vrouw (de zogenoemde 1:2 bewakingsnorm) en de begeleiding van een barendende vrouw (de zogenoemde 1:1 begeleidingsnorm). De 15 minuten norm is daarbij van toepassing op alle professionals, dus gynaecologen, kinderartsen, anesthesiologen en het OK-team.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat er op korte termijn niet genoeg personeel beschikbaar is om aan deze drie normen te voldoen. De minister heeft aangegeven dat deze normen dus nog niet haalbaar en handhaafbaar zijn, en heeft partijen gevraagd om een gezamenlijk landelijk implementatieplan hiervoor 12.

#### *a) Voorgestelde 15 minuten norm in geval van potentieel levensbedreigende situaties*

In vrijwel alle ziekenhuizen is continu een arts of klinisch verloskundige aanwezig ten behoeve van de bewaking en behandeling van de barendende vrouw.

In 11 ziekenhuizen is 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7) de dienstdoend gynaecoloog, een OK-team en een kinderarts aanwezig. Daarnaast is in tweederde van de ziekenhuizen de gynaecoloog binnen 15 minuten aanwezig; in een kwart van de ziekenhuizen is ook een OK-team binnen 15 minuten paraat.

Voor de overige ziekenhuizen geldt dat de gynaecoloog en het OK-team binnen 20 of 30 minuten aanwezig zijn (30 minuten is de huidige geldende norm van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie NVOG).

#### *b) Voorgestelde 1:2 bewakingsnorm*

Een kwart van de ziekenhuizen geeft aan (vrijwel altijd) aan de 1:2 bewakingsnorm te voldoen. Een kwart voldoet meestal aan de norm, behoudens bij extreme piekdrukke. De helft van de ziekenhuizen voldoet regelmatig niet aan deze norm.

#### *c) Voorgestelde 1:1 begeleidingsnorm*

9 ziekenhuizen geven aan (vrijwel altijd) aan de 1:1 begeleidingsnorm te voldoen. 18 voldoen meestal aan de norm, behoudens bij extreme piekdrukke. Driekwart van de ziekenhuizen voldoet regelmatig niet aan deze norm.

### **Voorgestelde normen**

*Bij potentieel levensbedreigende situaties moet de benodigde medisch specialistische behandeling binnen 15 minuten kunnen worden gestart.*

*Bij een hoog risico bevalling in het ziekenhuis is de professionele bewaking en behandeling in de verhouding van één obstetrisch professional<sup>1</sup> per twee vrouwen.*

*Een bevallende vrouw wordt niet alleen gelaten; één op één begeleiding van de bevalling van hoog-risicozwangeren door O&G verpleegkundigen of kraamverzorgenden (afhankelijk van het risico profiel).*

**De minister heeft in een brief aan de beroepsgroepen aangegeven dat deze normen op korte termijn niet haalbaar zijn aangezien er niet genoeg personeel op korte termijn beschikbaar is.**

### **Bronnen**

- Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, pagina 48, 49, 52, 61, 72
- Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde NVOG, 2009
- Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin', bijlage 2, paragraaf 2, 4 en 5
- **Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011**

<sup>12</sup> Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011, pagina 1 en 2

*d) Verantwoorde verloskundige zorg*

In de enquête heeft de inspectie gevraagd of de verloskundige zorg in het betreffende ziekenhuis – als de voorgestelde normen nog niet realiseerbaar waren – zodanig georganiseerd is dat een alerte bewaking en begeleiding, op elkaar afgestemde samenwerking en continuïteit van zorg 24 uur per dag gewaarborgd is.

**Datum**

16 februari 2012

Driekwart van de ziekenhuizen gaf aan dat hoewel zij niet voldeden aan de nieuwe normen, ze wel kwalitatief verantwoorde zorg boden. Deze ziekenhuizen gaven aan de continuïteit van kwalitatief hoogwaardige zorg te borgen door onder andere de 24/7 bezetting van de verloskunde door een obstetrisch professional, de op korte termijn beschikbaarheid van gynaecoloog, anesthesist, kinderarts en OK-team, alsmede de mogelijkheid van thuis-beoordeling van het CTG door de gynaecoloog.

Een kwart van de ziekenhuizen noemde deze borging niet-optimaal en gaven aan ~~dat aan de voorgestelde normen nog niet volledig kan worden voldaan.~~

### **Bereikbaarheid acute verloskunde**

De helft van de ziekenhuizen gaf in november 2011 aan dat zij geen plannen voor lateraliseratie of concentratie van de verloskundige zorg hadden. In 4 ziekenhuizen was dat omdat concentratie al een feit was; 8 ziekenhuizen sloten concentratie uit omdat de bereikbaarheid van de verloskundige functie hierdoor in het geding zou komen. Een deel van deze ziekenhuizen spreekt wel met omliggende ziekenhuizen over nauwere samenwerking ten aanzien van protocollering en uitwisseling bij krapte in personele (O&G-verpleegkundige) bezetting. Bij enkele ziekenhuizen uit deze groep is tijdens een inspectiebezoek na november 2011, of uit de media duidelijk geworden dat inmiddels wel over concentratie wordt nagedacht.

De andere helft van de ziekenhuizen gaf aan dat plannen voor lateraliseratie of concentratie van de verloskundige zorg onderwerp van gesprek zijn. In een deel van de gevallen ging het hierbij om preliminaire besprekingen en waren er geen concrete plannen.

Van de ziekenhuizen met plannen voor mogelijke concentratie gaf de helft aan dat de bereikbaarheid hierbij niet in het geding komt, en een derde dat de bereikbaarheid een knelpunt kan worden. De overige ziekenhuizen met plannen voor mogelijke concentratie spraken zich hier niet over uit.

Op de vraag of het ziekenhuis de concentratieplannen in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) heeft ingebracht, of voornemens is dat te doen, antwoordde een kwart van de ziekenhuizen dat dat het geval was. Veel ziekenhuizen vonden dit nog te prematuur, maar brengen het in het ROAZ in als het actueel wordt.

#### **Norm**

*Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een ziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt.*

*De aanrijtijd voor het bereiken van acute zorg, te weten 45 minuten, is uitgangspunt voor de beschikbaarheid van acute verloskundige zorg. **Hetgeen in de brief van minister Schippers aan NVZ en NVOG nog benadrukt is.***

#### **Bronnen**

- *Beleidsregels Wet Toelating Zorginstellingen, 18 september 2009*
- *Bereikbaarheidsanalyse 2011, RIVM (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/07/18/onderzoek-sverslag-bereikbaarheidsanalyse-2011.html>)*
- ***Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011***