

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 2.0

Conceptversie februari 2024

Gefaciliteerd door het  College Perinatale Zorg

NVZ Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

v&vn

NCJ Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

NVK Nederlandse
Vereniging voor
Kindergeneeskunde

**Patiëntenfederatie
Nederland**
samen de zorg beter maken

Z Zorgverzekeraars
Nederland

FEDERATIE VAN VSV's

AJN
JEUGDARTSEN NEDERLAND

**NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ANESTHESIOLOGIE**

bo
Brancheorganisatie
Geboortezorg

nvog | NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

knov Koninklijke Nederlandse
Organisatie van Verloskundigen

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Leeswijzer	4
1. Geboortezorg in Nederland	5
1.1 Historie.....	5
1.2 Integrale geboortezorg	5
2. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)	7
2.1 Wat is een Zorgstandaard?	7
2.2 Waarom een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg?.....	7
2.3 Voor wie is de ZIG 2.0?.....	7
2.4 Van ZIG 1.0 naar ZIG 2.0.....	7
2.5 Verschil tussen ZIG 1.0 en ZIG 2.0.....	8
2.6 Status van de ZIG.....	10
2.7 Verantwoording (wordt volledig opgesteld aan eind van het proces).....	11
3. Kwaliteit van geboortezorg.....	12
3.1 Wat wordt bedoeld met kwaliteit van zorg?	12
3.2 Randvoorwaarden kwaliteit van zorg	12
4. Zelfmanagement Cliënt	14
4.1 Wat is zelfmanagement in de geboortezorg?.....	14
4.2 Aanbod van zorg gericht op bevorderen van zelfmanagement van de cliënt	14
4.3 Dit mag de cliënt verwachten met betrekking tot bevorderen van zelfmanagement.....	15
4.4 Wat mag de zorgverlener van de cliënt verwachten	15
5. Inhoud van zorg.....	16
5.1 Preconceptiezorg	16
5.2 Zorg tijdens de zwangerschap.....	17
5.3 Zorg tijdens de bevalling	18
5.4 Zorg in de kraamperiode.....	19
6. Randvoorwaarden integrale geboortezorg	21
6.1 Samenwerking binnen het geboortezorgnetwerk	21
6.2 Infrastructuur en voorzieningen	23
6.3 Deskundigheid, bevoegdheden en bekwaamheden van zorgverleners	24
6.4 Relevante wet- en regelgeving.....	24
Veelgebruikte definities in de ZIG 2.0.....	25
Referentielijst.....	26

Voorwoord

Voorwoord volgt na vaststellen van de ZIG 2.0 door partijen.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt een kort overzicht geschetst van de geboortezorg in Nederland. Hoofdstuk 2 beschrijft wat een Zorgstandaard is en waarom en voor wie deze is opgesteld. Daarnaast geeft hoofdstuk 2 een overzicht in het verschil tussen de ZIG 1.2 en 2.0. Hoofdstuk 3 beschrijft wat de geboortezorg verstaat onder kwaliteit van zorg. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het onderwerp zelfmanagement van de cliënt behandeld. Hoofdstuk 5 gaat in op de verschillende fases van geboortezorg: preconceptiezorg, zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en de zorg na de bevalling. Hoofdstuk 6 beschrijft de randvoorwaarden voor goede integrale geboortezorg.

In deze Zorgstandaard wordt gesproken over de cliënt, de vrouw, de (aanstaande) zwangere, de kraamvrouw, of de (aanstaande) moeder. Uiteraard is de zorg altijd gericht op de gezondheidssituatie van de vrouw en haar (ongeboren) kind, hoewel dit niet steeds apart wordt vermeld. Om de leesbaarheid van deze Zorgstandaard te bevorderen, wordt niet in alle gevallen expliciet genoemd dat de partner of andere naasten van de vrouw tijdens de zwangerschap en na de bevalling een belangrijke rol spelen. Indien gewenst, kan het woord 'patiënt' worden gebruikt in plaats van 'cliënt'. Waar de tekst spreekt over ouders, kan ook de enkelvoudsvorm 'ouder' worden gelezen. Wanneer de tekst verwijst naar de cliënt, worden ook personen bedoeld die zich niet als vrouw identificeren. Waar wordt gesproken over een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), kan ook een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) worden gelezen.

1. Geboortezorg in Nederland

1.1 Historie

De Nederlandse geboortezorg is gebaseerd op het principe dat zwangerschap, bevalling en kraambed fysiologische processen zijn. In Nederland bevallen jaarlijks ongeveer 170.000 vrouwen (1) Het grootste deel van deze vrouwen bevalt spontaan, zonder medische interventies en het overgrote deel van de geboren kinderen is gezond. De kraamperiode vindt bijna altijd (deels) thuis plaats met dagelijkse zorg door de kraamverzorgende en medische begeleiding door de eerstelijns verloskundige (2). Regionaal werken geboortezorg professionals samen in Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) om goede geboortezorg te leveren.

Na publicatie van de Europese PERISTAT rapporten (2,3) ontstond er discussie in Nederland over de kwaliteit van de geboortezorg. Uit deze rapporten kwam naar voren dat de perinatale sterfte in Nederland internationaal gezien relatief hoog leek (2,3). Vanaf 2010 zijn de perinatale sterftecijfers aanzienlijk gedaald, maar deze daling stagneerde in 2015 (4) (2,). De daling van de perinatale sterfte in de periode 2008-2015 zat vooral in een daling van 40% van de à terme sterfte en 20% in een daling van sterfte geassocieerd met vroeggeboortes (1,4). De kans op perinatale sterfte wordt beïnvloed door diverse factoren. Voorbeelden hiervan zijn vroeggeboorte en een ongezonde levensstijl van de aanstaande moeder. In recente jaren zijn enkele van deze risicofactoren in frequentie toegenomen, zoals het groeiende aantal vrouwen met obesitas of overgewicht. Daarnaast spelen sociale factoren ook een rol, waaronder laaggeletterdheid, taalachterstand en armoede. Dat wordt teruggezien in de cijfers van achterstandswijken waar vroeggeboorte en babysterfte meer voorkomt dan in andere wijken (4).

Naar aanleiding van de ontstane onrust over het Peristat onderzoek werd in opdracht van de overheid de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte opgericht die in 2009 het Stuurgroepadvies '*Een goed begin*' uitbracht (5). Dit rapport beschreef ruimte voor verbetering in zowel de organisatie van de geboortezorg alsook de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de geboortezorg. Het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid door alle zorgverleners in de geboortezorg werd hierin expliciet benoemd. Het doel was onnodige perinatale sterfte te voorkomen.

Om de uitkomsten van dit Stuurgroep advies te borgen, werd in 2011 het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht door de geboortezorgpartijen. Dit college kreeg als taak om partijen werkzaam in de geboortezorg te ondersteunen in hun proces richting betere samenwerking met het doel de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Hieruit voortvloeiend is in juni 2016 de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) verschenen die het kader voor integrale geboortezorg vanuit het perspectief van de zwangere vrouw beschrijft. De ZIG is opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland (6).

1.2 Integrale geboortezorg

Naar aanleiding van het Stuurgroepadvies '*Een goed begin*' vormt integrale zorg het fundament van de geboortezorg (van preconceptiezorg t/m de eerste zes weken na de geboorte). In de loop der jaren is het concept integrale geboortezorg verder ontwikkeld. Integrale geboortezorg is optimale samenwerking tussen (geboorte)zorgprofessionals die zowel binnen als tussen organisaties en domeinen werkzaam zijn. Hierbij is aandacht voor het naadloos organiseren van deze zorg waarin de vrouw zo min mogelijk hinder of beperkingen ondervindt door het wisselen van zorgverlener of organisatie (7). Integrale geboortezorg stelt de cliënt centraal, dit betekent dat de zorg afgestemd wordt met de cliënt en op haar zorgbehoefte. Met deze integrale benadering streven geboortezorgpartijen en professionals naar verbetering van de kwaliteit van zorg door voortdurende evaluatie van medische uitkomsten en cliëntervaringen, met als doel de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger te maken (7).

De kwaliteit van integrale geboortezorg wordt niet alleen bepaald door medische uitkomsten maar ook door ervaringen van cliënten (7))8. De manier waarop vrouwen terugkijken op hun zwangerschap en bevalling

beïnvloedt hun leven op de korte en de lange termijn (9–11). De meeste vrouwen in Nederland kijken positief terug op hun zwangerschap en bevalling (10,11). Dit levert een bijdrage aan hun gevoel van eigenwaarde en zelfredzaamheid in het latere leven. Een negatieve ervaring kan gevolgen hebben voor haar psychisch welbevinden of voor reproductieve keuzes zoals het uitstellen van een volgende zwangerschap. Ook kan het leiden tot keuzes voor zorg buiten de richtlijnen (10,11).

Goede geboortezorg betekent dus ook het leveren van zorg die maakt dat vrouwen goed terug kijken op hun bevalling. Er zal daarom aandacht moeten zijn voor een respectvolle bejegening, inclusief luisteren en tegemoet komen aan de behoeften van de vrouw. Elke vrouw heeft het recht om met zorg, vriendelijkheid en waardigheid behandeld te worden met behoud van autonomie. Naast bejegening speelt ook het betrokken worden bij (keuzes in) de zorg een grote rol, waarbij behoud van autonomie van de vrouw en het samen beslissen van groot belang zijn (12–14).

2. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

2.1 Wat is een Zorgstandaard?

Volgens het Zorginstituut Nederland beschrijft een Zorgstandaard de norm waar multidisciplinaire integrale zorg minimaal aan moet voldoen, vanuit het perspectief van de cliënt. Een Zorgstandaard beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de cliënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren (15).

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) (6) is een kwaliteitskader van en voor de geboortezorg vanuit het perspectief van de client. De ZIG beschrijft de norm waaraan de inhoud en de organisatiestructuur van de Nederlandse geboortezorg moeten voldoen.

2.2 Waarom een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg?

De ZIG geeft eenduidige afspraken over wat onder kwalitatief goede geboortezorg verstaan wordt. Deze zijn duidelijk voor zowel de betrokken zorgprofessionals als de cliënt en dragen daarmee bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de geboortezorg. Daarnaast versterkt de ZIG de ontwikkeling naar verdere integrale geboortezorg. De doelstellingen in de ZIG zijn namelijk vanuit een integraal en multidisciplinair perspectief opgesteld en ook alléén op deze manier haalbaar.

De ZIG maakt dat partijen die betrokken zijn bij de integrale geboortezorg een inspanningsverplichting aangaan en een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben de doelen die daarmee gehaald moeten worden te bereiken. De geboortezorg partijen reiken de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) met de ZIG een kader aan waaraan de geboortezorg getoetst wil en kan worden.

2.3 Voor wie is de ZIG 2.0?

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg biedt een kwaliteitskader voor een breed scala van belanghebbenden en betrokkenen in de geboortezorg. De ZIG is opgesteld vanuit het perspectief van de cliënt en primair geschreven voor zorgverleners binnen de geboortezorg. De belanghebbenden bij de ZIG, niet in volgorde van belangrijkheid, zijn:

1. Zorgverleners. Dit zijn verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden, gespecialiseerde verpleegkundigen, JGZ-professionals, huisartsen en andere professionals in de gezondheidszorg die betrokken zijn bij de zorg voor cliënten en pasgeborenen in de geboortezorg. De ZIG dient als een kader voor de zorgverleners en bevat de beschrijving van de te verlenen zorg.
2. Cliënten. De ZIG biedt cliënten inzicht in en verschaft hun informatie over keuzemogelijkheden en te verwachten zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum periode.
3. Zorginstellingen. Dit zijn ziekenhuizen, geboortecentra en andere zorginstellingen die betrokken zijn bij de geboortezorg. De ZIG kan voor hen een leidraad zijn bij het organiseren van de geboortezorg.
4. Beleidsmakers en gezondheidsautoriteiten. De Zorgstandaard integrale geboortezorg kan dienen als leidraad voor het ontwikkelen en evalueren van beleid op het gebied van geboortezorg.
5. Onderzoekers. De Zorgstandaard kan dienen als basis voor verder onderzoek en evaluatie van de kwaliteit van zorg in de geboortezorg.
6. Verzekeraars en financiers. Zorgstandaarden spelen een rol bij het bepalen van de vergoedingen en financiering voor geboorte zorg.

2.4 Van ZIG 1.0 naar ZIG 2.0

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.0 is in 2016 vastgesteld en van kracht geworden (6). Deze ZIG 1.0 beschrijft welke basiszorg elke aanstaande zwangere, barend of kraamvrouw aangeboden behoort te krijgen van preconceptiezorg tot en met zes weken na de bevalling. Deze zorg is gebaseerd op (wetenschappelijk onderbouwde) inzichten en kennis van cliëntenorganisaties en beroepsgroepen. In 2020 is ZIG 1.0 aangepast en verscheen de versie ZIG 1.2 (16). Het CPZ heeft op verzoek van de beroepsorganisaties

procesmatig de regie op de doorontwikkeling van de ZIG en bewaakt daarom het integrale karakter van de geboortezorg conform de ZIG.

De ZIG is in 2021 door het CPZ geëvalueerd (17). Er is sinds de invoering een betere samenwerking in en met de geboortezorg en de positie van moeder en kind is op veel fronten versterkt. Maar veel doelen zijn ook nog niet gehaald. Er zijn grote regionale verschillen en de invulling wordt door de verschillende partijen vanuit eigen perspectief en belang geïnterpreteerd. Hierbij ontbreekt een gezamenlijke visie op de uitvoering van integrale geboortezorg zowel landelijk als regionaal. Een ander obstakel bij de implementatie is het ontbreken van een aantal randvoorwaarden zoals financiële middelen voor alle taken en de professionalisering van VSV's.

De ZIG-evaluatie heeft plaatsgevonden op drie lijnen: inhoud, systematiek en implementatie (17). Op basis van deze evaluatie zijn aanbevelingen gedaan voor de toekomst die beschreven zijn in het evaluatierapport.

De aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZIG (17) luiden:

“Systematiek van de ZIG:

- *Creëer een nieuwe structuur in de ZIG met een helder onderscheid in landelijke veldnormen, landelijke geboortezorgrichtlijnen en regionale zorgpaden*
- *Zorg voor overzicht en coördinatie van de doorontwikkeling van landelijke integrale geboortezorgrichtlijnen en hanteer een flexibele systematiek*
- *Stel samenwerkingsafspraken op basis van competentie, met een heldere stem voor cliënt*

Inhoud van de ZIG:

- *Verleg de focus van vorm naar doel en pas een aantal onderwerpen aan naar aanleiding van de ontwikkelingen.*
- *Expliciteer de gezamenlijke zorgvisie op integrale geboortezorg zodat daarnaar gehandeld kan worden in het veld, op landelijk, regionaal en individueel niveau.*
- *Laat de stem van de client in de geboortezorg nog luider meeklinken.*
- *Preconceptiezorg: maak goede domein overstijgende afspraken over de verantwoordelijkheid om te verwijzen voor preconceptiezorg.*
- *Verbinding medisch -sociaal domein moet verder versterkt en geborgd worden.*

Implementatie van de ZIG:

- *Vrijblijvendheid van implementatie van de ZIG is voorbij.*
- *Professionalisering van VSV's naar geboortezorgnetwerken is nodig.*
- *Randvoorwaarden als ICT, financiën en mankracht moeten op orde worden gemaakt.*
- *Het kwaliteitsbeleid in de sector moet versterkt worden door met elkaar af te spreken waar men landelijk, regionaal of op het niveau van de individuele zorgverlener verantwoordelijk voor is.*
- *Leren en verbeteren met behulp van betere (data)standaardisering, sturingsinformatie en monitoring.*
- *Bewaak de kwaliteit en veiligheid van de acute geboortezorg.*
- *Bevorder en bewaak de haalbaarheid van de implementatie van de herziene ZIG.”*

2.5 Verschil tussen ZIG 1.0 en ZIG 2.0

De ZIG 2.0 is herschreven op basis van aanbevelingen uit het evaluatierapport ZIG en landelijke ontwikkelingen. De belangrijkste wijzigingen worden hier kort toegelicht:

Duurzame ZIG: ‘van hoe naar wat’

De ZIG 1.2 is een verzameling van ambities, normen, richtlijnen en zorgpaden die door elkaar lopen. Met een verbeterde structuur en een focus op het doel in plaats van op vorm of middelen, moet het veld een sterk verbeterd instrument aangereikt krijgen. Een van de aanbevelingen uit het evaluatierapport was om de ZIG duurzamer te maken en een kader te maken op basis van doelstellingen voor goede geboortezorg. Samenwerken verloopt namelijk beter wanneer gezamenlijke doelen worden nagestreefd. Uit de ZIG evaluatie (17) blijkt behoefte aan een landelijk kwaliteitskader dat een beschrijving geeft van landelijke te behalen doelstellingen in de geboortezorg. *Hoe* deze doelstellingen behaald worden, staat beschreven in

landelijke multidisciplinaire richtlijnen en wordt dus niet beschreven in de ZIG 2.0. De manier waarop de zorg georganiseerd wordt, kan dus regionaal verschillen.

De ZIG 2.0 is niet meer opgesteld met richtlijnen *hoe* dit doel te behalen maar op basis van het doel dat behaald moet worden. De ZIG 2.0 beschrijft dan ook waarom en met welk doel de geboortezorg inhoud gegeven wordt en welke zorg aangeboden moet worden. De landelijke inhoudelijke richtlijnen volgen met antwoorden op de vraag hoe deze zorg aangeboden wordt. Vanuit dit kader werken VSV's daaropvolgend de regionale organisatie hiervan uit, veelal in zorgpaden¹ (18,19).

Professionalisering Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)

In de ZIG 1.0 en 1.2 wordt het VSV beschreven als een regionaal netwerk van verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties, andere geboortezorgprofessionals en regionale adviesraden van zwangeren en jonge ouders die een gezamenlijk doel nastreven, namelijk de realisatie van de best haalbare kwaliteit van geboortezorg vanuit cliëntenperspectief. Ook kregen de VSV's de rol om integrale geboortezorg te operationaliseren en de ZIG te implementeren. Hiermee kregen de VSV's een grote opdracht waaronder het oprichten van regionaal beleid rondom een keur aan onderwerpen, het oprichten van een regionale adviesraad van zwangeren/(jonge) ouders, het instellen van een multidisciplinair overleg (MDO), het organiseren van een perinatale audit, het houden van een jaarlijkse bespreking van geboortecijfers en het opleveren van een gezamenlijk jaarverslag (6,16). Dit betekende een enorme inspanning voor de VSV's die regionaal zeer divers georganiseerd zijn en functioneren. De opdracht vanuit de ZIG 1.0 en 1.2 aan de VSV's heeft geleid tot een noodzakelijk proces van professionalisering van de VSV's.

In de ZIG 2.0 is het uitgangspunt dat de VSV's deze professionaliseringslag aan het uitvoeren zijn of hebben uitgevoerd. Dit onderwerp komt in deze Zorgstandaard terug in hoofdstuk 5 Randvoorwaarden integrale geboortezorg.

Eerste 1000 dagen

De geboortezorg draagt in toenemende mate bij aan een gezonde start voor het kind. Zowel in preventie, medische zorg, psychosociale begeleiding, signalering en de transitie naar het ouderschap. De partners in de geboortezorg zijn de afgelopen jaren meer gaan samenwerken in lokale coalities waarbij het medisch domein en het sociaal domein verbonden worden. Deze samenwerking moet door middel van de doelen in deze Zorgstandaard nog verder versterkt worden en vinden de basis in het hoofdstuk Randvoorwaarden integrale zorg (20,21).

Digitale gegevensuitwisseling

Een (aanstaande) moeder en haar kind(eren) krijgen met verschillende zorgverleners te maken. Zorgverleners en cliënten kunnen beter samenwerken als ze over de juiste en meest actuele zorggegevens beschikken. In de ZIG 1.0 was daarvoor landelijk ingezet op het beleid om binnen de gezondheidszorg met één digitaal dossier te gaan werken, het zogenoemde PWD. Dit beleid is van de baan. Alle zorgaanbieders mogen in hun eigen digitale systeem blijven werken met de voorwaarde dat er uitwisseling en inzage van gegevens moet kunnen plaatsvinden, echter louter met toestemming van de cliënt (22,23). Dit wordt digitale gegevensuitwisseling genoemd. Dit wordt verder beschreven in het hoofdstuk Randvoorwaarden integrale zorg.

Samen Beslissen

Samen beslissen stond in de ZIG 1.0 en 1.2 al kort beschreven en heeft zich sterk doorontwikkeld. Samen Beslissen geeft de cliënt meer regie tijdens de perinatale periode en maakt dat de cliënt op basis van juiste informatie een keuze kan maken over de aangeboden zorg en begeleiding. In alle fasen van het geboortezorg proces zijn er vele voorkeur gevoelige beslissingen te nemen, bijvoorbeeld over wel of geen preconceptieconsult, keuzes rondom prenatale diagnostiek, wijze en plaats van bevallen en soort pijnbehandeling. De zorgverlener informeert de cliënt op basis van evidence, eigen expertise en ervaring en afgestemd op de behoeftes van de cliënt. De cliënt maakt de uiteindelijke keuze voor (geen) behandeling of

¹ Een zorgpad is een document waarin, in overeenstemming met de cliënt, beschreven staat wie wanneer en hoe de zorg aanbiedt. Een zorgpad focust daarmee op organisatie en inhoud van zorg (18,19).

zorg. Dit past ook bij het recht van de cliënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan (24).

Het goed inrichten en ondersteunen van het besluitvormingsproces helpt cliënten. Door het gezamenlijke besluitvormingsproces goed in te vullen, zijn cliënten beter geïnformeerd, zijn zij zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, voelen zij zich vaker tevreden en twijfelen zij minder over de door hun zelf genomen beslissing. Samen Beslissen draagt daarmee ook bij aan het nastreven van een positieve ervaring van de cliënt. In deze Zorgstandaard zal het Samen Beslissen meer aandacht krijgen in het hoofdstuk Zelfmanagement cliënt.

Van ketenzorg naar netwerkzorg

De geboortezorg is jarenlang gekenmerkt door ketenzorg ofwel een zorgketen. De cliënt werd doorverwezen van de ene naar de andere schakel. Bij netwerkzorg is de zorg rondom de cliënt georganiseerd over de grenzen van de echelons heen. De laatste jaren ontwikkelt de geboortezorg zich steeds meer richting netwerkzorg. Netwerkzorg vereist inspanning van de betrokken partijen om een passende organisatiestructuur vorm te geven in de regio rondom de cliënt. Hierbij is het van belang dat de partners in de geboortezorg gezamenlijk doelen formuleren, deze monitoren, evalueren en verbeteren. Netwerkzorg vraagt ook om vertrouwen in elkaars capaciteiten, elkaars verantwoordelijkheden en in de samenwerking. Dit maakt een doorontwikkeling van de samenwerking mogelijk en biedt daarmee een solide basis voor integrale geboortezorg. Deze ontwikkeling is met name meegenomen in de hoofdstukken Kwaliteit en Randvoorwaarden integrale geboortezorg.

Passende zorg

Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Het is daarmee zowel een individueel als een collectief begrip, gebaseerd op professionele waarden, persoonlijke waarden en maatschappelijke waarden. Passende zorg heeft als doel om de Nederlandse gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, waarbij gebruik, organisatie en bekostiging passend moeten zijn (25).

Passende zorg heeft vier basisprincipes:

1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs
2. Passende zorg is zorg die samen wordt beslist door zorgverlener en patiënt
3. Passende zorg is zorg dicht bij de patiënt
4. Passende zorg gaat meer over gezondheid en minder over ziekte

Zoals alle onderdelen van de zorg staat ook de geboortezorg onder druk om in de toekomst toegankelijk te blijven voor iedereen. Daarom hebben alle betrokkenen in de geboortezorg hun eigen rol en verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid van de geboortezorg te bewaken.

In deze Zorgstandaard zijn de vier basisprincipes van passende zorg toegepast op alle hoofdstukken.

Samen leren en verbeteren.

Na de vaststelling van de ZIG 1.2 is de ontwikkeling 'Samen leren en verbeteren' vanuit het Zorginstituut ingezet. Werken aan kwaliteit betekent samen leren en verbeteren (26). Het is een proces waarbij individuen, groepen en organisaties samenwerken om kennis en vaardigheden te ontwikkelen en om continue verbeteringen aan te brengen in hun werk, processen of prestaties. Over het algemeen draagt samen leren en verbeteren bij aan een cultuur van continue verbetering in de geboortezorg, wat resulteert in betere zorg, hogere patiënttevredenheid en een hogere patiëntveiligheid. In de ZIG 2.0 komt het proces van leren en verbeteren terug bij de behandeling van het hoofdstuk Kwaliteit van zorg.

2.6 Status van de ZIG

In deze ZIG 2.0 staat per hoofdstuk de doelstelling beschreven die behaald moet worden. Deze doelstellingen zijn opgesteld als *minimale* normen waar de integrale geboortezorg aan moet voldoen. In de diverse hoofdstukken wordt puntsgewijs aangegeven waar het aanbod vanuit de samenwerkende zorgverleners aan moet voldoen. Daarnaast wordt beschreven wat deze aangeboden zorg voor de cliënt kan opleveren.

Landelijke richtlijnen zijn hierin leidend. De geboortezorgprofessionals die samenwerken binnen het VSV maken met elkaar afspraken hoe ze dit aanbod realiseren binnen hun regio.

Er zullen regelmatig uitdagingen spelen die het naleven hiervan bemoeilijken. Een voorbeeld hiervan is de capaciteitsproblematiek in de geboortezorg. Ook neemt de personele en financiële druk op de ziekenhuizen toe. Het vraagt creativiteit en samenwerking om toch de doelstellingen te behalen. Doordat de doelstellingen uitgaan van de minimale zorg is er geen ruimte om hiervan af te wijken.

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is niet vrijblijvend. Opname van de standaard in het kwaliteitsregister van het ZiN betekent dat alle bij de geboortezorg betrokken partijen een inspanningsverplichting aangaan om de Zorgstandaard ten uitvoer te brengen.

2.7 Verantwoording (wordt volledig opgesteld aan eind van het proces)

De eerste Zorgstandaard Integrale geboortezorg stamt uit 2016 en is geëvalueerd in 2021. Op geleide van deze evaluatie is de ZIG herijkt door de werkgroep actualisatie ZIG. De Werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de PFN, Bo Geboortezorg, Federatie van VSV's, KNOV, NVOG, NVK, AJN/ NCJ en werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, aangesteld door het CPZ. Begin 2024 is een formele consultatie gehouden over de Zorgstandaard 2.0. *Vervolg na consultatie*

3. Kwaliteit van geboortezorg

3.1 Wat wordt bedoeld met kwaliteit van zorg?

Kwaliteit van de geboortezorg omvat de volgende zes aspecten: veilig, persoonsgericht, effectief, doelmatig, tijdig en voor iedereen toegankelijk (27–29).

Veilig: de zorgomgeving en procedures zijn zo ingericht dat risico's tot een minimum worden beperkt, waardoor de veiligheid van moeder en kind tijdens de gehele periode van preconceptiezorg tot en met 6 weken na de bevalling maximaal gewaarborgd is.

Persoonsgericht: de zorg is afgestemd op de individuele behoeften en wensen van de cliënt.

Effectief: zorginterventies zijn bewezen effectief en gebaseerd op wetenschappelijke kennis, met als doel het bereiken van de beste resultaten voor moeder en kind.

Doelmatig: middelen en inspanningen worden dusdanig geoptimaliseerd zodat de zorgkosten in balans zijn met de geleverde voordelen.

Tijdig: de zorg wordt tijdig verleend, met aandacht voor het juiste moment voor diagnostiek, behandeling en follow-up, om mogelijke complicaties te voorkomen of te minimaliseren.

Toegankelijk: de zorg is beschikbaar en makkelijk bereikbaar voor alle cliënten in de geboortezorg.

3.2 Randvoorwaarden kwaliteit van zorg

Om de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland voortdurend te kunnen blijven verbeteren, zijn verschillende randvoorwaarden essentieel voor zorgverleners die samenwerken binnen een VSV. Deze randvoorwaarden worden kort toegelicht.

A. Cultuur van leren en verbeteren

Het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren is belangrijk om als zorgverleners kwaliteit te blijven verbeteren (30). Dit houdt in dat zorgverleners worden aangemoedigd om continu te reflecteren op hun eigen handelen en open te staan voor feedback en kritische evaluatie. Een cultuur van leren en verbeteren creëert een omgeving waarin zorgverleners zich gesteund voelen om nieuwe kennis en vaardigheden op te doen en deze toe te passen in hun dagelijkse praktijk.

B. Waarde toevoegen

De geboortezorg is zo ingericht dat de zorg waarde toevoegt voor de cliënt. Dit kan bereikt worden door de organisatie van de zorg, het evaluatieproces en daarmee samenhangende continue verbetering van de zorg in te richten rondom en met de cliënt (8,31). Het is hierbij van belang om inzicht te creëren in uitkomsten van zorg die ertoe doen voor de cliënt. Het gaat bij uitkomsten dan niet alleen om medische uitkomsten maar ook om ervaringen van cliënten met de zorg waarbij een positieve bevalervaring nagestreefd wordt. Naast deze uitkomsten zijn ook gewenste uitkomsten voor de samenleving van belang, onder andere het betaalbaar en toegankelijk houden van onze gezondheidszorg

C. Deskundigheidsbevordering

Nieuwe vaardigheden en kennis worden opgedaan door binnen en tussen VSV's intensief samen te werken met andere zorgverleners binnen en buiten het eigen domein. Deskundigheidsbevordering is daarnaast een ander belangrijk middel om de kwaliteit van de geboortezorg te blijven verbeteren. Door het regelmatig volgen van (multidisciplinaire) bijscholing blijven zorgverleners op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en richtlijnen in de geboortezorg. Ook intervisie, het begeleiden van zorgverleners in opleiding en deelname aan werkgroepen vormen essentiële aspecten in de ontwikkeling van een hoogwaardige zorgverlener in de geboortezorg. Deze activiteiten dragen bij aan het voortdurend verbeteren van de kwaliteit van geboortezorg

en zorgen ervoor dat individuele zorgverleners en de samenwerkende zorgverleners binnen een VSV up-to-date blijven in hun vakgebied. Tenslotte zijn er de geldende kwaliteitsnormen per beroepsgroep en de eisen voor de BIG registratie waar de individuele zorgverlener een eigen verantwoordelijkheid voor heeft (32–35).

D. Kwaliteitssysteem

In artikel 7 van de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ) staat dat 'de zorgaanbieder zorgdraagt voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.' Dit houdt in dat er op systematische wijze gegevens verzameld en geregistreerd worden op een dusdanige manier dat deze vergelijkbaar zijn met andere zorgaanbieders in dezelfde categorie. Aan de hand van deze geregistreerde gegevens, wordt op systematische wijze getoetst of de manier waarop de zorg aangeboden wordt, leidt tot goede zorg. Vervolgens zal op basis van deze toetsing de zorg waar nodig aangepast worden.

Om hieraan te kunnen voldoen, is het voor de samenwerkende zorgverleners binnen een VSV essentieel om een kwaliteitssysteem in te richten. Dit systeem omvat procedures en richtlijnen die de standaard van zorgverlening definiëren en monitoren. Een goed ingericht kwaliteitssysteem omvat bijvoorbeeld het bespreken en verbeteren van de zorgverlening naar aanleiding van uitkomstinformatie (medische en cliëntervaringen), het uitvoeren van audits, het opstellen en bespreken van het jaarverslag, incidentmeldingen en peer support. Daarnaast is het van belang dat data eenduidig ingevoerd en geregistreerd worden. Hierbij gaat het zowel over de medische gegevens alsook over de cliëntervaringen. Binnen het VSV worden afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van data.

Een kwaliteitssysteem stelt zorgverleners in staat om systematisch te evalueren of zij voldoen aan de door het VSV gestelde standaard en biedt de mogelijkheid om verbeterpunten te identificeren en aan te pakken. Door een effectief kwaliteitssysteem in te richten als VSV, wordt een cyclus van leren en verbeteren gestimuleerd en wordt de kwaliteit van de geboortezorg naar een hoger niveau getild.

E. Cliëntenparticipatie

Duurzame cliëntenparticipatie is voorwaardelijk voor het leveren van kwalitatief goede, integrale geboortezorg. Dit vergt investering op zowel het landelijk als (inter)regionaal en lokaal niveau. Om duurzame cliëntenparticipatie in de integrale geboortezorg te borgen, is een professionaliseringslag vereist. Op landelijk niveau is aandacht en commitment van alle geboortezorgpartijen nodig. Dit betekent dat cliëntenparticipatie een plek krijgt in de governance en werkprocessen van geboortezorgpartijen zowel landelijk, (inter)regionaal als lokaal en hun besluitvorming. Daarnaast is structurele, directe financiering, aandacht voor opleiding, werving en ondersteuning van (landelijke) cliëntenvertegenwoordiging voorwaardelijk voor implementatie en borging in de regio. Bij cliëntenparticipatie in de regio is het ophalen van het (regionale) cliëntenperspectief en het gelijkwaardig betrekken van cliënten(vertegenwoordiging) bij de inrichting van zorgpaden, het evalueren en borgen van de kwaliteit van de geboortezorg belangrijk.

4. Zelfmanagement Cliënt

Eén van de pijlers van integrale geboortezorg is het centraal stellen van de cliënt. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het noodzakelijk dat zelfmanagement van de cliënt gefaciliteerd wordt. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat onder zelfmanagement verstaan wordt, welk aanbod er van de zorgverleners verwacht wordt op dit gebied en wat de cliënt kan verwachten.

4.1 Wat is zelfmanagement in de geboortezorg?

Zelfmanagement in de geboortezorg gaat over het bevorderen van vitaliteit, functioneren en participeren van cliënten. Het gaat hierbij niet om het bereiken of handhaven van een ideale toestand. Zelfmanagement bestaat uit acties en vaardigheden die gericht zijn op:

- Het zelf omgaan met de zwangerschap, bevalling en ouderschap en de daarbij behorende veranderingen en psychosociale gevolgen.
- Het zelf omgaan met zwangerschapsverschijnselen en mogelijke risico's voor moeder en kind en de daarbij horende interventies.
- Het zelf werken aan een ondersteunende leefstijl.
- Het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in het zorg-, behandel- en ondersteuningsaanbod.
- Het zelf zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid dragen zowel tijdens de begeleiding als eventuele behandeling tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed.
- Het behouden van de autonomie van de (aanstaande) moeder zodat ze zelf passende keuzes kan maken (36,37).

4.2 Aanbod van zorg gericht op bevorderen van zelfmanagement van de cliënt

- De geboortezorgverleners werken volgens landelijke richtlijnen en protocollen en adviseren de cliënten hierin. Cliënten zoeken samen met de zorgverlener naar de zorg die het beste bij haar past. Wat het beste past, hangt af van wat iemand belangrijk vindt. De zorgverlener houdt rekening met de gezondheidsvaardigheden, taalvaardigheid en de cultuur van de cliënt. De zorgverlener maakt hierbij gebruik van beschikbare hulpmiddelen om het gesprek met de cliënt te voeren.
- De zorgverlener vraagt specifiek de voorkeuren/wensen/overwegingen van de cliënt uit met betrekking tot het proces van zwangerschap, bevalling en kraamperiode.
- Mochten de wensen niet passen binnen de mogelijkheden van de zorgverlener dan is de zorgverlener die de zorg niet kan of wil leveren verantwoordelijk voor het regelen van een andere zorgverlener, binnen het VSV, die de zorg overneemt. Mocht er binnen het VSV geen passende oplossing gevonden worden, dan wordt er naar een oplossing buiten het VSV gezocht.
- Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om met de cliënt alternatieven en consequenties te bespreken voor de gewenste zorg in het geval van acute situaties. Het principe van informed consent blijft hierbij leidend (38).
- Naast de reguliere zorg, is er ook aandacht voor preventie en psychosociale aspecten.
- De zorgverlener zet het geboortezorgplan van de cliënt centraal in de begeleiding die geboden wordt. Hierin is ook ruimte om zorg buiten de richtlijnen te bespreken en vast te leggen.
- De zorgverlener heeft gerichte aandacht voor cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit houdt in dat de zorgverlener het herkent als een cliënt beperkte gezondheidsvaardigheden heeft en het taalgebruik en de geboden informatie aanpast op de gezondheidsvaardigheden van de cliënt. De zorgverlener heeft de plicht te controleren of de cliënt de geboden informatie begrijpt (39).
- De zorgverlener bespreekt met de cliënt de onderdelen waar toestemming voor verleend moet worden en legt de verleende dan wel geweigerde toestemming vast (40).
- De cliënt wordt zo volledig en tijdig mogelijk geïnformeerd over de organisatie van zorg in de regio binnen een VSV rondom zwangerschap, bevalling en kraambed als ook over de inhoudelijke zorg en de keuzes die de cliënt moet of kan maken. Hierbij hoort ook het informeren over wat een normaal beloop is van de

zwangerschap, bevalling en kraamtijd en wanneer ze hulp in kan schakelen en bij wie de cliënt dat kan doen.

- De zorgverlener biedt tijdig relevante, betrouwbare, informatie aan en zorgt dat de cliënt weet waar ze deze informatie kan vinden. De zorgverlener maakt hierbij gebruik van landelijke en binnen het VSV ontwikkelde informatiemiddelen.
- De zorgverlener ondersteunt de cliënt in zelfmanagement om na de bevalling het ouderschap goed in te kunnen vullen.
- Tijdens en na afloop van de zorg biedt de zorgverlener regelmatig ruimte om te reflecteren op het geboortezorgplan om dit tijdig te kunnen bijstellen en wederzijdse verwachtingen te managen. Ook biedt de zorgverlener ruimte aan de cliënt om feedback te geven op de ontvangen zorg en begeleiding.
- Het VSV biedt toegankelijke kwaliteitsinformatie (medische uitkomsten én cliëntervaringen) over de aangeboden zorg in het VSV aan de cliënt op zorginstellingsniveau.

4.3 Dit mag de cliënt verwachten met betrekking tot bevorderen van zelfmanagement

- De cliënt is op de hoogte van haar rechten en plichten als beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Op grond van deze wet heeft de cliënt informatie over het beloop van haar zwangerschap, bevalling en kraambed ontvangen. De cliënt weet welke behandeling en begeleiding geboden wordt en dat hiervan afgezien kan worden. De cliënt weet dat behandeling of begeleiding alleen uitgevoerd mag worden na het geven van relevante informatie en toestemming (informed consent en informed refusal). De cliënt heeft recht op inzage in het medisch dossier.
- De cliënt kan de principes van informed consent en informed refusal toepassen. De cliënt heeft daarbij altijd de mogelijkheid om af te wijken dan wel af te zien van het zorgaanbod. Hoewel cliënten recht hebben op zorg, betekent dit niet dat de cliënt onbeperkt en zonder rekening te houden met medische richtlijnen, specifieke behandelingen kan eisen.
- De cliënt kan een gesprek met de zorgverlener voeren waarbij opties voor behandeling en/of begeleiding besproken worden en kan op basis van dit gesprek zelf een keuze maken over in te zetten behandeling en/of begeleiding.
- De cliënt is door haar zorgverleners goed geïnformeerd en kan de voor haar relevante, betrouwbare, informatie vinden.
- De cliënt kan op basis van onafhankelijke informatie keuzes maken of weet daar hulp bij te vragen. De cliënt weet waar ze deze hulp kan vragen.
- De cliënt kan adviezen, gegeven door (verloskundig) hulpverleners en/of afkomstig uit verkregen informatie, interpreteren en zo mogelijk toepassen.
- De cliënt weet wanneer en hoe zij hulp, begeleiding of ondersteuning op het juiste moment in kan schakelen.
- De cliënt kan op basis van de beschikbaar gestelde kwaliteitsinformatie een keuze maken voor zorg, begeleiding en ondersteuning en/of zorgverlener.
- De cliënt krijgt de mogelijkheid na te denken hoe ze wenst dat haar zwangerschap en bevalling verlopen en heeft de mogelijkheid dit te bespreken met haar zorgverlener. Deze wensen en verwachtingen beschrijft de cliënt in een geboortezorgplan.

4.4 Wat mag de zorgverlener van de cliënt verwachten

- De cliënt verstrekt volledige en juiste informatie.
- De cliënt heeft daarbij aandacht voor een gezonde leefstijl en het opvolgen van leefstijladviezen voor zover dat binnen haar mogelijkheden ligt.
- De cliënt maakt op een voor haar gepaste manier gebruik van de aangeboden zorg. De cliënt kan geen ongepaste of onnodige zorg vragen en is zich ervan bewust dat ongepaste en onnodige zorg niet gevraagd kan worden.
- De cliënt benut, voor zover dat binnen haar mogelijkheden ligt, betrouwbare fysieke/digitale informatie verstrekt door de zorgverlener(s).
- De cliënt past geboden (digitale) zelfhulpmiddelen op een passende manier toe voor zover dat binnen haar mogelijkheden ligt.
- De cliënt is respectvol naar de zorgverlener(s) toe.

5. Inhoud van zorg

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van de geboortezorg beschreven aan de hand van de volgende vier zorgonderdelen:

1. Preconceptiezorg
2. Zorg tijdens de zwangerschap
3. Zorg tijdens de bevalling
4. Zorg tijdens de kraamperiode

Per onderdeel worden doel, aanbod van zorg en wat de cliënt mag verwachten beschreven. Voor alle zorgonderdelen geldt dat er gestreefd wordt naar een integrale benadering waarbij de cliënt centraal staat. In het aanbod van zorg is aandacht voor lichaamsfuncties, mentaal welbevinden en sociaal maatschappelijk functioneren. Hierbij is begeleiding op maat essentieel evenals het tijdig opsporen en behandelen van pathologie en complicaties. De cliënt kan hierbij rekenen op kwalitatief goede zorg [zie hoofdstuk 2: Kwaliteit van geboortezorg] gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, ervaring en kennis van de zorgverleners en zoals vastgelegd in richtlijnen van de diverse beroepsgroepen en regionale afspraken.

5.1 Preconceptiezorg

Preconceptiezorg richt zich op het verminderen van risico's door acties te ondernemen vóór de conceptie, met als doel de gezondheid van zowel (toekomstige) ouders als kinderen te bevorderen en hun opties te verbeteren (41). De Preconceptie IndicatieLijst (2018) is hierbij leidend en beschrijft de kaders en invulling (42). Het bieden van gepersonaliseerde begeleiding is essentieel, evenals het identificeren van specifieke risico's in situaties waarin preventieve maatregelen vóór de conceptie of in de vroege zwangerschap gunstig zijn voor (toekomstige) ouders en kinderen.

Aanbod van zorg

- Preconceptiezorg wordt gebaseerd op landelijke richtlijnen, wetenschappelijke inzichten, ervaring en kennis van de zorgverleners en voorkeuren van de (aanstaande) ouder(s).
- De zorgvraag van de (aanstaande) ouder(s) staat centraal in de zorg die aangeboden wordt. Deze aangeboden zorg is van optimale kwaliteit.
- De (aanstaande) ouder(s) krijg(en) voorlichting en maken zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden preconceptiezorg.
- De zorgverleners zorgen in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV voor adequate communicatie tussen de diverse betrokken zorgverleners met speciale aandacht voor de overdracht indien nodig. Hierbij worden noodzakelijke gegevens om goede zorg te verlenen, met de diverse betrokken zorgverleners gedeeld.
- De zorgverleners hebben in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV de inspanningsverplichting om voldoende, kwalitatief goede preconceptiezorg te leveren.
- De zorgverleners communiceren persoonsgericht waarbij ze hun communicatie aanpassen aan de gezondheidsvaardigheden, de taalvaardigheid en de cultuur van de (aanstaande) ouder(s).
- (Aanstaande) ouders worden tijdig geïnformeerd en gecounseld door daartoe bevoegde professionals over de te maken preconceptionele keuzes om risico's op ongunstige uitkomsten te reduceren.
- Zorgverleners maken zowel met zorgverleners binnen het VSV als met andere niet bij het VSV aangesloten zorgverleners en instanties (bijvoorbeeld gemeenten, sociale domein en huisartsen) afspraken over het geven van eenduidige voorlichting, signalering, doorverwijzing en verantwoordelijkheden binnen de regio.
- Zorgverleners geven eenduidige voorlichting en informatie over gezondheid bevorderende handelingen in de preconceptionele fase. Deze informatie is gebaseerd op landelijke richtlijnen. De informatie is afgestemd met binnen het VSV als ook met buiten het VSV betrokken zorgverleners. Op basis van deze informatie zijn de (aanstaande) ouders in staat om zich actief voor te bereiden op een eventuele zwangerschap.

- Op basis van de persoonlijke situatie en adviezen kunnen een of meerdere preconceptieconsulten worden aangeboden en andere zorgverleners of instanties betrokken worden om de preconceptionele gezondheid te optimaliseren.

Dit mag de cliënt verwachten

- De (aanstaande) ouders hebben toegang tot preconceptiezorg in de regio.
- Vrouwen en mannen met een zwangerschapswens zijn goed en onafhankelijk geïnformeerd over bestaande risicofactoren voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten en zijn op de hoogte van gezondheid bevorderende handelingen. Deze informatie is afgestemd op hun gezondheidsvaardigheden, wat hun in staat stelt geïnformeerde keuzes te maken.
- De (aanstaande) ouders zijn op de hoogte van het belang en de inhoud van het preconceptieconsult en/of de aangeboden preconceptionele zorg.
- De (aanstaande) ouders zijn op de hoogte van hun rechten en plichten ten aanzien van preconceptiezorg.
- De (aanstaande) ouders weten wat te nemen vervolgstappen zijn bij een eventuele ontstane zwangerschap.

5.2 Zorg tijdens de zwangerschap

Zorg en begeleiding tijdens de zwangerschap hebben als doel een optimale medische, psychische en sociale gezondheid te bereiken voor de cliënt, haar kind en haar gezin en hun voor te bereiden op het ouderschap.

Aanbod van zorg

- De aangeboden zorg tijdens de zwangerschap wordt gebaseerd op landelijke richtlijnen, wetenschappelijke inzichten, ervaring en kennis van de zorgverleners en voorkeuren van de zwangere.
- De zorgvraag van de cliënt staat centraal in de zorg die aangeboden wordt. Deze aangeboden zorg is van optimale kwaliteit.
- De cliënt krijgt voorlichting en maakt zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden zorg en begeleiding tijdens de zwangerschap.
- De zorgverleners zorgen in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV voor adequate communicatie tussen de diverse betrokken zorgverleners tijdens de zwangerschap met speciale aandacht voor de overdracht. Hierbij worden noodzakelijke gegevens om goede zorg te verlenen, met de diverse betrokken zorgverleners tijdens de zwangerschap gedeeld.
- De zorgverleners hebben in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV de inspanningsverplichting om voldoende, kwalitatief goede zorg tijdens de zwangerschap te leveren.
- De zorgverleners communiceren persoonsgericht waarbij ze hun communicatie aanpassen aan de gezondheidsvaardigheden, de taalvaardigheid en de cultuur van de cliënt.
- De cliënt wordt tijdig geïnformeerd en gecounseld door daartoe bevoegde professionals over de mogelijkheden voor prenatale screening.
- Het belang, doel en de wijze waarop de prenatale controles worden uitgevoerd, worden met de zwangere besproken.
- De zorgverleners bieden de zwangere prenatale controles aan volgens de geldende richtlijnen. Deze controles zijn mede afhankelijk van behoefte van de zwangere en aanbod in de regio en kunnen zowel individueel alsook in groepsverband worden aangeboden.
- De zorgverleners stemmen de zorg met elkaar af in de vorm van zorgpaden. In deze zorgpaden worden de diverse betrokken disciplines opgenomen. Het individuele zorgpad wordt besproken met de zwangere en afgestemd op haar behoeften.
- De zorgverlener begeleidt de zwangere met het opstellen van een individueel geboortezorgplan.
- De zorgverleners geven eenduidige voorlichting en informatie over begeleiding tijdens de zwangerschap en voorbereiding op bevalling en kraambed. In deze voorlichting is specifiek aandacht voor voorbereiding op ouderschap, bevalling, pijnbeleving, mogelijkheden van (medicamenteuze) pijnbehandeling en plek van bevallen. Deze informatie is zowel binnen het VSV afgestemd als ook gebaseerd op landelijke richtlijnen. Op basis van deze informatie is de zwangere in staat om goed geïnformeerde keuzes te maken.

- De zorgverlener brengt, in samenspraak met de zwangere, de psychosociale situatie in kaart en maakt hierbij eventueel gebruik van een screeningsinstrument. De zwangere wordt geadviseerd over een vervolgtraject en zo nodig geadviseerd om gebruikt te maken van een prenataal huisbezoek door de JGZ.
- De zwangere wordt geïnformeerd over de kraamzorg en wordt geadviseerd om contact met de kraamzorg te leggen.
- De zorgverleners hebben oog en aandacht voor (potentiële) kwetsbaarheid en risicofactoren binnen het gezin en weten hoe ze hierbij moeten handelen.
- De partner van de zwangere wordt zoveel mogelijk betrokken in de geboden zorg en begeleiding.

Dit mag de cliënt verwachten

- De zwangere krijgt voorlichting over de beschikbare zorg en begeleiding, landelijke richtlijnen en standaard beleid gericht op zorg en preventie en maakt zelf keuzes met betrekking tot de zorg en begeleiding tijdens de zwangerschap.
- De zwangere heeft toegang tot kwalitatief goede zorg tijdens de zwangerschap.
- De zwangere is goed en onafhankelijk geïnformeerd, afgestemd op haar gezondheidsvaardigheden, wat haar in staat stelt geïnformeerde keuzes te maken.
- De zwangere is op de hoogte van de voordelen van een tijdige intake
- De zwangere weet wat het doel is van prenatale controles en welke interventies er (minimaal) worden aangeboden.
- De zwangere is op de hoogte van haar rechten en plichten.
- De zwangere weet welke zorg- en hulpverleners met welk doel een rol kunnen spelen in haar zwangerschap, bevalling en kraamperiode en weet hoe ze deze kan bereiken.
- De zwangere weet wat zij kan verwachten van de kraamzorg tijdens en na haar bevalling.
- De zwangere weet waar zij met vragen over haar begeleiding en zorgpad terecht kan en hoe ze de betreffende zorgverlener kan bereiken.
- De zwangere weet hoe haar zorgpad eruitziet en welke keuzes zij hierin heeft.
- De zwangere heeft in samenspraak met haar zorgverlener een geboortezorgplan opgesteld en besproken en weet wat daarin wel en niet mogelijk is.
- De zwangere is voldoende voorbereid op de bevalling en het aanstaande ouderschap en weet bij wie zij terecht kan als zij hier vragen over heeft.
- De zwangere mag een naadloze overdracht verwachten tussen de zorgverleners.

5.3 Zorg tijdens de bevalling

Zorg en begeleiding tijdens de bevalling hebben als doel een optimale medische, psychische en sociale gezondheid te bereiken voor de cliënt, haar kind en haar gezin.

Aanbod van zorg

- De aangeboden zorg tijdens de zwangerschap wordt gebaseerd op landelijke richtlijnen, wetenschappelijke inzichten, ervaring en kennis van de zorgverleners en voorkeuren van de cliënt.
- De zorgvraag van de cliënt staat centraal in de zorg die aangeboden wordt. Deze aangeboden zorg is van optimale kwaliteit.
- De cliënt krijgt voorlichting en maakt zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden zorg en begeleiding tijdens de bevalling.
- De zorgverleners zorgen in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV voor adequate communicatie tussen de diverse betrokken zorgverleners tijdens de bevalling met speciale aandacht voor de overdracht. Hierbij worden noodzakelijke gegevens om goede zorg te verlenen met de diverse betrokken zorgverleners tijdens de bevalling gedeeld.
- De zorgverleners hebben in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV de inspanningsverplichting om voldoende, kwalitatief goede zorg tijdens de bevalling te leveren.
- De zorgverleners communiceren persoonsgericht waarbij ze hun communicatie aanpassen aan de gezondheidsvaardigheden, de taalvaardigheid en de cultuur van de cliënt.
- Het geboortezorgplan fungeert als uitgangspunt bij de natale zorg. Daar waar afgeweken wordt van dit plan, gebeurt dit in overleg met de cliënt volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming.
- De begeleiding tijdens de bevalling wordt met de cliënt besproken en afgestemd op haar wensen.

- Continue begeleiding, inclusief coaching bij het omgaan met pijn, is voor elke barende vanaf de ontsluitingsperiode beschikbaar. De cliënt geeft zelf aan in hoeverre ze hier gebruik van wil maken.
- De zorgverleners geven tijdens de bevalling eenduidige voorlichting en informatie over de aangeboden begeleiding en zorg tijdens de bevalling
- De zorgverleners hebben aandacht voor het belang van omgevingsfactoren die noodzakelijk zijn om het gezin een optimale start te geven (bijvoorbeeld het bevorderen van de hechting van ouder en kind, het zelfvertrouwen van de ouders, de veiligheid van moeder en kind en de voeding).
- Medicamenteuze pijnbehandeling, inclusief epidurale analgesie, is voor iedere barende op haar verzoek 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar.
- De partner wordt actief betrokken bij de voorbereidingen op en de begeleiding tijdens de baring.
- De zorgverlener stelt de cliënt in de gelegenheid om feedback te geven op de ontvangen zorg tijdens de bevalling.

Dit mag de cliënt verwachten

- De cliënt krijgt voorlichting over landelijke richtlijnen en standaard beleid gericht op zorg en preventie en maakt zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden zorg en begeleiding tijdens de bevalling.
- De cliënt heeft toegang tot kwalitatief goede zorg tijdens de bevalling.
- De cliënt is op de hoogte van de mogelijkheden van continue begeleiding tijdens de bevalling en kan deze, indien gewenst, ontvangen.
- De cliënt is op de hoogte van de keuzemogelijkheden van de plek van bevallen.
- De cliënt is op de hoogte van de (regionale) mogelijkheden voor pijnstilling en kan de optie van keuze, indien gewenst, ontvangen.
- De cliënt is op de hoogte van het proces van bevallen en de mogelijke complicaties en daarbij behorende interventies.
- De cliënt wordt tijdens en na de bevalling over de conditie van het kind op de hoogte gebracht.
- De cliënt kan rekenen op ondersteuning die haar in staat stelt een optimale start voor haar gezin te creëren. Hierbij is aandacht voor hechting, zelfvertrouwen en het op gang komen van voeding.
- De cliënt mag een naadloze overdracht verwachten tussen de zorgverleners.
De cliënt krijgt de mogelijkheid om de bevalling en ontvangen zorg te evalueren met de betrokken zorgverlener(s) en vragen te stellen.

5.4 Zorg in de kraamperiode

Zorg en begeleiding tijdens de kraamperiode hebben als doel optimale gezondheid te bereiken op medisch vlak voor de cliënt en haar kind, op psychisch en sociaal vlak voor de cliënt en het gezin te begeleiden in het ouderschap.

Aanbod van zorg

- De aangeboden zorg tijdens de kraamperiode wordt gebaseerd op landelijke richtlijnen, wetenschappelijke inzichten, ervaring en kennis van de zorgverleners en voorkeuren van de cliënt.
- De zorgvraag van de cliënt staat centraal in de zorg die aangeboden wordt. Deze aangeboden zorg is van optimale kwaliteit.
- De cliënt krijgt voorlichting en maakt zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden zorg en begeleiding tijdens de kraamperiode.
- De zorgverleners zorgen in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV voor adequate communicatie tussen de diverse betrokken zorgverleners tijdens de kraamperiode met speciale aandacht voor de overdracht. Hierbij worden noodzakelijke gegevens om goede zorg te verlenen, met de diverse betrokken zorgverleners tijdens de kraamperiode en daarna gedeeld.
- De zorgverleners hebben in hun onderlinge samenwerking binnen het VSV de inspanningsverplichting om voldoende, kwalitatief goede zorg tijdens de kraamperiode te leveren.
- De zorgverleners communiceren persoonsgericht waarbij ze hun communicatie aanpassen aan de gezondheidsvaardigheden, de taalvaardigheid en de cultuur van de cliënt.
- De zorgverleners geven eenduidige voorlichting en informatie op maat tijdens de kraamperiode. Deze voorlichting en informatie is zowel binnen het VSV afgestemd als ook gebaseerd op landelijke richtlijnen. Op basis van deze informatie is de cliënt in staat om geïnformeerde keuzes te maken.
- De partner wordt actief betrokken bij de begeleiding tijdens de kraamperiode.

- De zorgverleners bieden alle pasgeborenen neonatale screening aan. Het RIVM is verantwoordelijk voor het screeningsprogramma. De zorgverleners zorgen in hun onderlinge samenwerking voor samenhang in:
 - Het informeren van de cliënt over de neonatale screening zodat deze een keuze kunnen maken voor het wel of niet uitvoeren van de neonatale screening;
 - Het controleren of de screening tijdig uitgevoerd is en het signaleren als dit niet gebeurd is;
 - Het uitvoeren van de neonatale screening in de regio.
- De zorgverleners bieden iedere cliënt in de kraamperiode controles aan.
- De zorgverleners bieden iedere cliënt een nacontrole aan.
- De zorgverleners hebben oog en aandacht voor (potentiële) kwetsbaarheid en risicofactoren binnen het gezin en weten hoe ze hierbij moeten handelen.
- De begeleiding van het gezin wordt door de JGZ-professional opgestart, met specifieke aandacht voor ouderschap, hechting, eventuele medische en psychosociale ondersteuning in het gezin. Ook is er aandacht voor vroege opsporing van in deze periode veel voorkomende aandoeningen bij de pasgeborene, preventie van wiegendood, voedingsproblemen en ontwikkelingsproblemen.
- De geleverde zorg wordt geëvalueerd door de zorgverleners volgens landelijke richtlijnen en regionale afspraken.

Dit mag de cliënt verwachten

- De cliënt krijgt voorlichting over de beschikbare zorg en begeleiding, landelijke richtlijnen en standaard beleid gericht op zorg en preventie en maakt zelf keuzes met betrekking tot de zorg en begeleiding tijdens de kraamperiode.
- De cliënt heeft toegang tot kwalitatief goede zorg tijdens de zwangerschap.
- De cliënt krijgt voorlichting en maakt zelf keuzes met betrekking tot de aangeboden zorg en begeleiding tijdens de kraamperiode.
- De cliënt is op de hoogte van de inhoud van en het vervolg op neonatale screening en hun keuzemogelijkheden hierin.
- De cliënt heeft toegang tot screening van hun pasgeborene.
- De cliënt is in staat om na afloop van de kraamperiode met haar gezin voor de pasgeborene te zorgen en weet bij wie ze hulp kunnen inschakelen voor eventuele extra zorg en begeleiding.
- De cliënt is op de hoogte van de mogelijkheid tot en inhoud van de nacontrole.
- De cliënt krijgt de mogelijkheid tot het stellen van vragen en het geven van feedback over de ontvangen zorgverlening.
- De cliënt mag een naadloze overdracht verwachten tussen de zorgverleners.

6. Randvoorwaarden integrale geboortezorg

In dit hoofdstuk staan de randvoorwaarden voor kwalitatief goede, integrale geboortezorg beschreven. De geboortezorg is dusdanig georganiseerd dat de cliënt kwalitatief goede geboortezorg kan verwachten in de normale én in de acute situatie. Goede geboortezorg is veilig, persoonsgericht, effectief, doelmatig, tijdig en voor iedereen toegankelijk [Hoofdstuk 3: Kwaliteit van zorg]. Een goede organisatie van de geboortezorg is het resultaat van een optimale samenwerking tussen (geboorte)zorgprofessionals die zowel binnen als tussen organisaties en domeinen werkzaam zijn. Hierbij is aandacht voor het naadloos organiseren van deze zorg waarin de cliënt zo min mogelijk hinder of beperkingen ondervindt door het wisselen van zorgverlener of organisatie. Dit alles wordt integrale geboortezorg genoemd. Integrale geboortezorg moet leiden tot hogere kwaliteit van zorg met betere zorguitkomsten (zowel medische uitkomsten als ook de cliëntervaringen), continuïteit van zorg en efficiënte zorg (7).

Om integrale geboortezorg te organiseren is het belangrijk dat op verschillende thema's aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan. Deze thema's zijn:

1. Samenwerking binnen het geboortezorgnetwerk:
 - A. Samenwerking met en rondom de cliënt
 - B. Samenwerking in de regio
 - C. Interregionale samenwerking
 - D. Landelijke samenwerking
2. Infrastructuur en voorzieningen
3. Deskundigheid, bevoegdheden en bekwaamheden van zorgverleners
4. Relevante wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk wordt het kader voor de organisatie van integrale geboortezorg beschreven. Dit hoofdstuk geeft daarmee geen beschrijving van *hoe* de organisatie ingericht moet worden of *hoe* een VSV zich zou kunnen organiseren. Voor invulling van de organisatie wordt verwezen naar de betreffende organisaties in de geboortezorg die zich hiermee bezighouden zoals de VSV federatie.

6.1 Samenwerking binnen het geboortezorgnetwerk

A. Samenwerking met en rondom de cliënt

De samenwerkende zorgverleners zijn verbonden in een geboortezorgnetwerk dat bestaat uit diverse organisaties en domeinen. De cliënt staat centraal in dit netwerk, dit betekent dat de zorg afgestemd wordt met de cliënt en op haar zorgvraag. Verloskundigen en gynaecologen verlenen zorg en begeleiding aan de cliënt in alle fasen van de geboortezorg (preconceptioneel t/m de eerste zes weken na de geboorte). In specifieke fasen in de geboortezorg zijn kraamverzorgenden en jeugdgezondheidszorg professionals betrokken bij de zorg en begeleiding van cliënt en pasgeborene. Daar waar nodig worden in samenspraak met de cliënt, andere zorgverleners en -ondersteuners betrokken in het zorgproces.

Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverleners in het VSV dat de zorg op cliëntniveau gecoördineerd is. Dat betekent dat er vanuit de zorgverleners overzicht moet zijn op de lopende zorgprocessen en op de wensen en voorkeuren van de individuele cliënt. Daarnaast moet het voor elke cliënt duidelijk zijn bij wie ze op welke manier terecht kan bij vragen of onduidelijkheden.

B. Samenwerking in de regio

Regionaal werken verschillende geboortezorgprofessionals samen binnen een Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV). De partijen binnen het VSV hebben daarin een aantal taken te vervullen:

- Creëren en borgen van een gelijkwaardige samenwerkingscultuur waarin begrip en erkenning van elkaars expertise en verantwoordelijkheden en vertrouwen in elkaar centraal staan. De waarden en beloften die beschreven en geaccordeerd zijn in de 'Nieuwe Samenwerkingsafspraken Geboortezorg' (advies 1:2021) fungeren hierin als kader (43).
- Borgen van de kwaliteit van de geboortezorg in de regio (Hoofdstuk 3 Kwaliteit).
- Met elkaar afstemmen en verlenen van de inhoudelijke zorg binnen het VSV op basis van landelijke richtlijnen, regionale zorgpaden en protocollen.
- Het zo optimaal mogelijk organiseren van de geboortezorg in de regio².
- Borgen van 24/7u toegankelijkheid van (acute) geboortezorg voor cliënten in de regio.
- Organiseren en borgen van duurzame cliëntenparticipatie bij het vormgeven van de organisatie van de geboortezorg.
- Maken van afspraken met elkaar om gegevens, nodig voor goede zorgverlening, onderling veilig, digitaal uit te wisselen.

Bovenstaande taken komen ook terug in het VSV Basiskader (44).

De organisatievorm van een VSV hangt af van hoe de geboortezorg regionaal georganiseerd wordt. Daarbij is er structurele aandacht voor de kwaliteit van de samenwerking tussen de zorgverleners en het daarbij centraal stellen van de cliënt. Verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden werken zowel zelfstandig als in loondienst. De overige geboortezorgmedewerkers zijn meestal in dienst van een instelling. Dit kan een ziekenhuis zijn, maar ook een andere geboortezorg-organisatie. In de praktijk betekent dit dat er een spanningsveld kan bestaan tussen het behartigen van de belangen van de eigen organisatie, instelling of beroepsgroep en de kwaliteit van de geboortezorg die vrouwen mogen verwachten. Alle organisaties die werkzaam zijn binnen de geboortezorg dragen de gezamenlijke verantwoordelijkheid om dit expliciet te voorkómen en een effectieve samenwerking te bevorderen waarin bovenstaande punten nagestreefd worden.

C. Interregionale samenwerking

Om elke cliënt 24/7u goede en passende zorg aan te kunnen bieden, is ook samenwerking tussen VSV's van essentieel belang. Op indicatie zullen cliënten van perifere naar academische ziekenhuizen overgedragen moeten worden en vice versa. Het vermogen om snel tussen ziekenhuizen te schakelen is dan cruciaal. Dit geldt ook in het geval van capaciteitsproblemen, waarbij er ook naar ziekenhuizen buiten de eigen regio uitgeweken moet kunnen worden wat interregionale oplossingen vereist. Het uitgangspunt in de geboortezorg blijft dat de verwijsopties op regionaal niveau geregeld worden. Het borgen van een interregionale samenwerking zorgt voor een effectieve en efficiënte geboortezorg, waarbij de behoeften van de cliënt centraal staan.

Naast de zorginhoudelijke samenwerking, zijn er diverse partijen waar VSV's op regionaal niveau aan verbonden zijn. Deze staan hieronder benoemd. Het is de taak van het VSV om, daar waar nodig, de samenwerking met deze partijen te organiseren om de kwaliteit van de geboortezorg in de regio te borgen.

Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

Dit orgaan maakt afspraken om de acute zorg in de regio's goed te organiseren en kwalitatief te verbeteren. Dit alles volgens de geldende normen voor bereikbaarheid van acute zorg. Ketenpartners in acute zorg zoals ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, GGZ, GHOR en GGD zijn hierbinnen met elkaar verbonden.

Lokale coalitie Kansrijke Start

Dit is een regionale samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting) en professionals uit het medische domein (o.a. verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg, huisartsen en de volwassenen GGZ).

² Het individueel medisch handelen en werken van zorgverleners blijft, volgens de wet BIG, de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverleners.

Consortium

Dit is een regionaal samenwerkingsverband van professionals in de geboortezorg waar multidisciplinair en lijnoverstijgend kennis wordt ontwikkeld en gedeeld. Nederland heeft meerdere consortia. Bij ieder consortium zijn meerdere VSV's en minimaal een perinatologisch centrum betrokken. Consortia zijn geïnitieerd vanuit het programma Zwangerschap en geboorte van ZonMw.

Regionale Samenwerkings Organisatie (RSO)

Een RSO ondersteunt de zorgcommunicatie in de regio. RSO's zijn samenwerkingsverbanden van en voor zorgverleners op het gebied van ICT en informatie-uitwisseling. Een RSO houdt zich bezig met thema's die randvoorwaardelijk zijn om goede communicatie in de regio en boven regionaal mogelijk te maken.

Regionale Ondersteunings Structuur (ROS)

Het ROS-netwerk is het landelijk dekkend netwerk waarbij elke ROS zijn eigen regio heeft. De maatschappelijke opdracht van alle ROS'en is om de eerstelijnszorg in de wijk te versterken en innovatie te stimuleren samen met professionals en waar mogelijk ook met de inwoners. ROS'en werken voor de eerste lijn: huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijnspsychologen, wijkverpleegkundigen, diëtisten en apothekers.

D. Landelijke samenwerking

Op landelijk niveau spelen een groot aantal partijen een rol om de kwaliteit van de geboortezorg te blijven verbeteren. De verschillende zorgverleners, ondersteuners en cliënten zien hun belangen behartigd bij de diverse beroeps- en brancheverenigingen. Om duurzame cliëntenparticipatie in de integrale geboortezorg te borgen, is aandacht en commitment van alle geboortezorgpartijen op landelijk niveau noodzakelijk. Dit betekent dat cliëntenparticipatie een plek krijgt in de governance en werkprocessen van geboortezorgpartijen.

Daarnaast spelen diverse landelijke organisaties een rol in het vaststellen van kaders en beleid voor de geboortezorg. Net als bij de samenwerking in de regio is het ook voor deze landelijke samenwerkingspartners essentieel dat iedere partij een eigen verantwoordelijkheid heeft binnen het netwerk. Het gezamenlijke belang om de zorg voor de cliënt op een kwalitatief hoog niveau te verlenen zal altijd boven het eigen belang van de betreffende partij staan.

6.2 Infrastructuur en voorzieningen

Aansluitend op cliëntgerichte, integrale geboortezorg moeten voorzieningen en de infrastructuur flexibel en cliëntgericht zijn, waarbij zorg niet uitsluitend binnen ziekenhuismuren plaatsvindt. In plaats daarvan moeten de faciliteiten zo worden ingericht dat zorg buiten het ziekenhuis mogelijk is, bijvoorbeeld in thuis- of geboortecentrum omgeving.

Bovendien moet er ruimte zijn voor innovaties, zoals eHealth, gebruik van Artificial Intelligence en zorg op afstand. Moderne technologieën kunnen zorgverleners ondersteunen in het monitoren van de gezondheid van cliënten en het snel reageren op eventuele complicaties. Dit verhoogt de efficiëntie van de zorg en vergroot de toegankelijkheid. Het stimuleren van innovatieve zorgoplossingen maakt integrale geboortezorg niet alleen cliëntgericht, maar ook kosteneffectiever en duurzamer.

Elke cliënt moet in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week kunnen rekenen op goede en de juiste zorg. Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt verstaan een situatie waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Een dergelijke acute situatie kan zich voordoen tijdens de zwangerschap (bijv. dreigende eclampsie), tijdens de bevalling (bijv. foetale nood), na de bevalling (bijv. levensbedreigend bloedverlies) en tijdens de neonatale periode (bijv. asfyxie). Een en ander vereist een goede inrichting van de acute geboortezorg. Zowel landelijke als regionale netwerken acute zorg zijn noodzakelijk voor een goede organisatie, adequate samenwerking, voldoende beschikbaarheid, afspraken, regie en helderheid over verantwoordelijkheden van betrokken partijen.

Een cliënt in de geboortezorg heeft met verschillende zorgverleners in verschillende organisaties en domeinen te maken. Om integrale zorg te kunnen leveren is het essentieel dat zorgverleners tijdig over de

juiste, relevante en meest actuele zorggegevens beschikken. Dit wordt beschreven in de Wet elektronische gegevensuitwisseling (Wegiz) die per 1 juli 2023 in werking is getreden (22). In deze wet staat dat digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners mogelijk moet zijn met toestemming van de cliënt. Daarnaast beschikt de cliënt zo over haar eigen gezondheidsgegevens. Voorwaarde is dat dit volgens vooraf vastgelegde afspraken plaatsvindt en deze uitwisseling ook veilig gebeurt. Op deze manier kan de zorg van de verschillende zorgverleners in het proces rondom zwangerschap, geboorte en kraambedperiode naadloos op elkaar aansluiten rondom moeder en kind.

6.3 Deskundigheid, bevoegdheden en bekwaamheden van zorgverleners

Zoals eerder beschreven, leveren diverse zorgverleners in het geboortezorgnetwerk zorg en begeleiding aan de cliënt vanaf preconceptionele fase tot en met de kraamperiode. Alle zorgverleners in de geboortezorg zijn zich bewust van de geldende wet- en regelgeving over hun eigen beroep en de daarbij behorende bevoegdheden en bekwaamheden. Van de zorgverleners kan verwacht worden dat zij zich ook houden aan deze wet- en regelgeving. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverleners zelf en de organisaties waarbij zij in dienst zijn om erop toe te zien dat zij over de juiste diploma's, certificaten, kwaliteitsregistraties en andere benodigde kwalificaties beschikken.

6.4 Relevante wet- en regelgeving

Voor wat betreft deskundigheid, bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners is de *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)* van toepassing. Deze wet regelt de registratie en bevoegdheid van zorgverleners, zoals artsen, verpleegkundigen en paramedici, om medische handelingen uit te voeren en de titel van hun beroep te gebruiken, met als doel de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te waarborgen en patiënten te beschermen.

De *Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO)* in Nederland legt de rechten en plichten vast van zowel patiënten als zorgverleners bij medische behandelingen. Deze wet regelt onder andere het informeren van de cliënt over de behandeling, het verkrijgen van toestemming voor medische ingrepen, en de bescherming van medische privacy en vertrouwelijkheid. Als je onder behandeling bent bij een zorgverlener dan heb je als cliënt een behandelovereenkomst met deze zorgverlener. Wat dat inhoudt, staat beschreven in de WGBO.

Zorgverleners werken aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg door te voldoen aan de *Wet kwaliteitklachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Deze wet regelt de kwaliteit van zorgverlening en de omgang met klachten en geschillen in de gezondheidszorgsector. De wet regelt onder andere de aanpak van klachten en het veilig incidenten melden. Deze wet geldt voor alle zorgaanbieders zowel zorgorganisaties als zelfstandige beroepsbeoefenaren.

Naast deze drie kernwetten voor de zorgverleners is er aanvullend op de WGBO de *Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)*. Dat is een Europese wet die de privacy en bescherming van persoonlijke gegevens regelt. De AVG legt regels vast voor het verzamelen, verwerken en opslaan van persoonsgegevens van individuen binnen de Europese Unie. De wet bepaalt dat organisaties duidelijk moeten aangeven welke gegevens ze verzamelen, waarom ze deze verzamelen, en hoe ze deze zullen gebruiken. Bovendien geeft de AVG individuen meer controle over hun persoonsgegevens door hen het recht te geven op toegang, correctie, verwijdering en overdraagbaarheid van hun gegevens. Organisaties moeten ook passende beveiligingsmaatregelen implementeren om de privacy van persoonsgegevens te waarborgen.

Aanvullend hierop zijn er nog aan belangrijke onderwerpen waar regelgeving voor is ontwikkeld denk aan; toetreding voor zorgaanbieders, bevolkingsonderzoek, overdracht en beschikbaarheid gegevens, inspraak cliënten, fiscaliteit en mededinging.

Veelgebruikte definities in de ZIG 2.0

Clïëntparticipatie: het actief en gelijkwaardig betrekken van cliënten in besluitvormingsprocessen, beleidsontwikkeling en evaluaties binnen de gezondheidszorg. Deze betrokkenheid is gebaseerd op de unieke kennis en ervaring die cliënten bezitten waardoor zij als ervaringsdeskundige kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg. Het doel van cliëntenparticipatie is het waarborgen van de betrokkenheid van cliënten bij het vormgeven van de zorg, met als resultaat meer doeltreffende en op maat gemaakte zorg die aansluit bij de behoeften en ervaringen van de cliënt (45,46).

Gezondheidsvaardigheden: dit zijn vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen.

Geboortezorgplan: is een hulpmiddel ter ondersteuning van de cliënt in contact met haar verschillende zorgverleners tijdens de hele periode van zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Het geboortezorgplan bestaat uit de volgende pijlers: persoonlijke informatie, persoonlijk zorgpad, geïnformeerde keuzes, wensen, afspraken en doelen.

Informed consent/refusal: de zorgverlener informeert de cliënt tijdig op een begrijpelijke manier en zo volledig mogelijk over de voorgestelde begeleiding en zorg. Hierbij wordt de aard en het doel van de behandeling, diagnose en prognose, risico's en alternatieven meegenomen. Dit is beschreven in de WGBO. Ook wordt de cliënt uitgenodigd tot het stellen van vragen. Op basis van dit informatieproces kan de cliënt toestemming geven voor de begeleiding en voorgestelde behandeling, dit noemen we informed consent. Alleen bij toestemming mag de behandeling uitgevoerd worden. Als de cliënt geen toestemming geeft, spreken we van informed refusal.

Keuzevrijheid: het recht op een vrije keuze of beslissing van de cliënt bijvoorbeeld voor (g)een behandeling, zorgverlener of een zorginstelling. De zorgverzekering en organisatie van zorg kunnen van invloed zijn op de keuzes die de cliënt kan en wil maken.

Neonatale screening: omvat de hielprikscreening en het gehoorscreeningsprogramma in de eerste week na de bevalling.

Prenatale screening: standaard aanbod voor de cliënt waarbij gescreend wordt op infectieziekten en erytrocytenimmunisatie, op trisomie 13, 18, 21 en op foetale afwijkingen (www.RIVM.nl).

Samen Beslissen: Bij Samen Beslissen zoeken cliënten samen met een zorgverlener naar de begeleiding, ondersteuning of zorg die het beste bij haar past. Wat het beste past, hangt af van wat de cliënt belangrijk vindt. Samen Beslissen gebeurt in één of meer gesprekken. Daarin bespreken de cliënt en haar (verloskundig) zorgverlener samen alle mogelijkheden en wat deze betekenen voor zwangerschap, bevalling, gezondheid van cliënt en kind en toekomstig ouderschap. De uiteindelijke beslissing en keuze ligt bij de cliënt.

Zelfmanagement: het beslissen en handelen van de cliënt op basis van haar persoonlijke keuzes en wensen om de effecten en gevolgen van zwangerschap en bevalling te kunnen reguleren. Zelfmanagement omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenspraak met naasten en/of ondersteuning van professionals.

Referentielijst

1. Sluijter A. Onderzoeksagenda integrale geboortezorg 2023 [Internet]. Available from: www.zonmw.nl;
2. EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report. [Internet]. 2008. Available from: <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
3. EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report. [Internet]. 2013. Available from: <https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
4. RIVM. Beter weten: Een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. 2020.
5. Stuurgroep. Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht; 2009.
6. College Perinatale Zorg. Zorgstandaard integrale geboortezorg 1.0. Utrecht: College Perinatale Zorg; 2016.
7. Cellissen E, Van Zelm R, Hendrix M, Wildschut H, Nieuwenhuijze M. Unpublished: Integrated maternity care: a concept analysis.
8. Depla AL, Lamain-De Ruiten M, Laureij LT, Ernst-Smelt HE, Hazelzet JA, Franx A, et al. Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Perinatal Care to Guide Clinical Practice: Prospective Observational Study. *J Med Internet Res*. 2022 Jul 1;24(7).
9. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*. 2021 Sep;34(5):407–16.
10. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Van Der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008 Jun 27;35(2):107–16.
11. Vogels-Broeke MA. Stem [Stem en Ervaringen van Moeders]. Maastricht University; 2023.
12. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1.
13. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/ethical-framework-respectful-maternity-care-during-pregnancy-and-childbirth>.
14. Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*. 2023 Jun 17;50(2):384–95.
15. Zorginstituut Nederland. Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Amsterdam; 2021.
16. College Perinatale Zorg. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.2. Utrecht; 2020.
17. College Perinatale Zorg. Evaluatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Utrecht; 2021.
18. Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *Int J Care Pathw*. 2010 Sep 1;14(3):117–23.
19. Expert-adviesgroep. Nieuwe samenwerkingsafspraken Geboortezorg, advies van de Expert-adviesgroep samenwerkingsafspraken. Utrecht; 2023.
20. <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>.
21. <https://www.kansrijkstartnl.nl/documenten/publicaties/2022/11/vervolgaanpak-2022-2025/22>.
22. <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/pwd>.
23. <https://www.internetconsultatie.nl/gegevensuitwisseling>.
24. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct 23;27(10):1361–7.
25. Zorginstituut Nederland, Dudokhof W. Kader Passende Zorg [Internet]. 2022. Available from: www.zorginstituutnederland.nl
26. Zorginstituut Nederland K. Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg: Samen leren en verbeteren. 2019.
27. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson. *To Err Is Human*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
28. Institute of medicine (US). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001.
29. Engelsen B, Hatzenboer D, Hoff JL. Invloed van kwaliteitsstandaarden op toegankelijkheid van medisch specialistische zorg. 2019.
30. De Groot K, De Boer D, Francke A. *Leren en verbeteren met inzichten over ervaren kwaliteit van zorg en leven*. Utrecht; 2023.
31. Cellissen E, Vogels-Broeke M, Korstjens I, Marianne N. Integrating women's voices in quality improvement for maternity care: A qualitative study. *EJM*. 2022;6.
32. <https://www.knov.nl/werk-en-organisatie/juridisch/advies/wet-big-2> .
33. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Algemene-Kwaliteitsnormen-1.0-11-11-2005.pdf>
34. <https://www.venvn.nl/thema-s/wet-en-regelgeving/wet-big/>.

35. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/snel-wat-weten-1/medisch-ethische-vraagstukken-in-het-kort-1/wet-big#:~:text=Alleen%20zorgverleners%20die%20in%20het,persoonsgebonden%20%27BIG%2Dnummer%27>
36. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/zelfmanagement/inleiding/zelfmanagement>.
37. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>.
38. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>.
39. <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-bepaalde-gezondheidsvaardigheden/>.
40. <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/rechten-van-de-patient>.
41. Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag; 2007.
42. College Perinatale Zorg. Preconceptie Indicatie Lijst (PIL). Utrecht; 2018.
43. College Perinatale Zorg. Naar een nieuwe VIL, herijkte samenwerkingsafspraken in de geboortezorg 10 juni 2021.
44. <https://www.federatievsv.nl/nieuws/vsv-basiskader/>.
45. Ven van de, K. Cliëntenparticipatie in de gezondheidszorg: Een praktische gids voor professionals. 's-Hertogenbosch: Uitgeverij Zorg & Welzijn; 2018.
46. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/patiëntenparticipatie>.