
VISIEDOCUMENT

ACUTE GEBORTEZORG

RAPPORT

VERSIE 1.1 Revisie februari 2024



FEDERATIE VAN VSV's

VOORWOORD

De geboortezorg staat onder druk in Nederland, in het bijzonder de acute geboortezorg. In de afgelopen tijd hebben wij, als Federatie van VSV's (Verloskundig Samenwerkingsverbanden), de problematiek in de hele acute zorgsector flink zien toenemen. We zien dat regio's hiermee worstelen, maar ook tot vindingrijke oplossingen komen. Als belangenbehartiger van de VSV's vertegenwoordigen we hierbij op landelijk niveau het integrale werkveld in de regio's voor de acute geboortezorg.

Vanuit ons gedachtegoed zien we de oplossing voor het aanpakken van de uitdagingen die er al zijn én nog op ons afkomen, in het integrale werken met elkaar gebaseerd op multidisciplinaire richtlijnen. Met dit visiedocument willen we graag een actieve en constructieve bijdrage leveren aan deze integrale problematiek en haar uitdagingen. In dit rapport zijn naast helpende inzichten ook belemmerende en bevorderende factoren beschreven. Tegelijkertijd is het vooral een oproep om dit met elkaar aan te pakken. In onze ogen is het essentieel om in gezamenlijkheid aan deze uitdagingen te werken met de betrokken landelijke en regionale partijen.

Voor het opstellen van dit document hebben we partners met diverse achtergronden uit verschillende regio's gecontacteerd. Naar aanleiding van de eerste versie hebben we afgelopen maanden gesprekken gevoerd met partners die ons hebben benadert over de inhoud van dit document (te weten de NVOG, NVK, NVZ en Stichting CareCodex). Vanuit de dialoog zijn diverse aanpassingen gedaan, wat nu, bijna een jaar na publicatie, heeft geresulteerd in deze tweede versie. Voor de vindbaarheid zijn alle aanpassingen aan het einde van dit document als bijlage 3 beschreven. Vanwege de recente ontwikkelingen van ROAZ- en Regio-beelden naar plannen, beseffen steeds meer VSV's dat zij een opgave hebben te vervullen bij de uitvoering van deze plannen. Dit document blijkt hierbij ondersteunend voor zowel de VSV-bestuurders als andere betrokken partijen in de geboortezorg.

Met vriendelijke groet, namens de Federatie van VSV's,

Marije Droogendijk

Voorzitter Federatie van VSV's



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	2
INHOUDSOPGAVE	3
SAMENVATTING	5
LEESWIJZER.....	7
1. AANLEIDING	8
1.1 Onderscheidende karakter van de geboortezorg	9
1.2 ROL FEDERATIE VAN VSV'S	9
1.3 DEFINITIE ACUTE ZORG	12
1.4 DEFINITIE VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGSVERBAND (VSV)	12
2. INZICHT IN DE ACUTE GEBOORTEZORG	14
2.1 GEBOORTECIJFERS	14
2.2 GEBOORTEZORGCIJFERS	15
2.2.1 NULLIPARAE	15
2.2.2 MULTIPARAE	16
2.2.3 REDEN VAN OVERDRACHT	16
2.2.4 THUISBEVALLINGEN	17
2.2.5 ACUTE ZORG BUITEN DE BEVALLING OM.....	18
2.3 CAPACITEITSPROBLEMATIEK zorg algemeen	18
2.4. capaciteitsSITUATIE IN DE VSV'S.....	20
3. DUIDING (SUB)ACUTE GeboorteZORG EN geboorteSPOEDZORG	22
3.1. Acute geboortezorg in plaats van acute verloskunde.....	22
3.2 Definitie acute geboortezorg	23
3.2.1 INDICATIES ACUTE GEBOORTEZORG	23
3.2.2 INDICATIES SUBACUTE GEBOORTEZORG	25
3.2.3 INDICATIES GEBOORTESPOEDZORG.....	26
3.3 REGULIERE integrale geboorteZORG DURANTE PARTU.....	27
3.4 SPECIALE SITUATIES	28
4. BETREKKEN VAN CLIËNT/patiënt	29
4.1 KEUZEVRJHEID TIJDENS DE BARING.....	29
4.2 Reële voorlichting	30
5. ACTUELE EN TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN	31
5.1. KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID ACUTE ZORG	31



5.2. ZORGCOÖRDINATIE	33
5.3. SAMENWERKING IN DE REGIO.....	34
5.3.1. ROAZ-PLAN.....	34
5.4. Acute zorg versus preventieve zorg.....	36
6. Regie op toekomstbestendige acUTe geboortezorg.....	38
6.1. Governance vraagstuk	38
7. Randvoorwaarden.....	40
7.1 Geboortezorgverleners en monodisciplinaire geboortezorgorganisaties	40
7.1.1 INTEGRALE ZORG IS BELANGRIJK	40
7.1.2 TOEKOMSTBESTENDIGE INTEGRALE RICHTLIJNEN.....	40
7.2 Ziekenhuizen.....	41
7.2.1 TRANSPARANTIE ROND FINANCIERING	41
7.2.2 TRANSPARANTIE EN COMMUNICATIE ROND (OPSCHORTING) BEHANDELCAPACITEIT.....	41
7.3 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en LNAZ	42
7.3.1 FINANCIËLE IMPULS.....	42
7.3.2 VERSNELLING ROND DATA-VERZAMELING EN ANALYSE	43
7.3.3. SYSTEEMAANPASSINGEN	43
8. Conclusie en aanbevelingen.....	45
BIJLAGE 1 GEBOORTECIJFERS PER PROVINCIE	47
Bijlage 2 Onderdelen van een VSV-capaciteitsplan.....	49
Bijlage 3 Aanpassingen versie 1.1 ten opzichte van versie 1.0.....	51
Literatuurlijst.....	54



SAMENVATTING

Net als alle andere acute zorg sectoren, staat de acute geboortezorg onder druk door een combinatie van toenemende arbeidsmarktproblematiek en een verhoogd én verzwaard aantal zorgvragen. Het Integraal Zorgakkoord en de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg van minister Kuipers bevestigen de noodzaak voor het uitwerken van de benodigde hervormingen. Ook voor de geboortezorg zien we dat het noodzakelijk is om ketenbreed op te treden. Concretisering is hierbij wenselijk en actueel nu veiligheid en toegankelijkheid van de acute geboortezorg onder druk staan en landelijke en regionale ontwikkelingen onder druk van het Integraal Zorgakkoord geleidelijk aan beginnen op te starten.

In dit visiedocument biedt de Federatie van VSV's hiervoor handvatten en doet tegelijk concrete voorstellen om verbeteringen te realiseren. We willen deze zienswijze delen om hierna met de betrokken partijen en vooral de regio's aan de slag te gaan.

- **Het gebruik van uniforme begripsbepaling** helpt professionals enerzijds om de inhoud en kaders van de acute geboortezorg te verhelderen, anderzijds biedt het ook handvatten om afspraken/verbeteringen te concretiseren in de regio. Dit document bevat een gespecificeerde formulering voor de acute geboortezorg.
- **Betere voorlichting aan patiënten** is met de uniforme duiding van acute-, subacute geboortezorg én geboortespoedzorg mogelijk. Met de patiënt kunnen reële verwachtingen op gelijkwaardige basis worden besproken. Het biedt ruimte om heldere afspraken te maken over de gewenste passende zorg waar mogelijk met veilige en toegankelijke zorg in (sub)acute en spoedsituaties.
- **Informatie uit datamining geeft inzicht.** Inzicht in knelpunten in de keten en verwijsaantallen en -indicaties kan potentiële oplossingsrichtingen bieden voor de geboortezorgpijler van de acute zorg. Maak zo mogelijk ook gebruik van gegevensbronnen die vanuit capaciteitsmanagement van de ziekenhuizen beschikbaar zijn om zorgstromen te kunnen voorspellen. Doelmatige coördinatie hierbij is gewenst. Dit document creëert op landelijk niveau een eerste relevant overzicht vanuit diverse bronnen.
- De geschetste ontwikkelingen, voortkomend uit het Integraal Zorgakkoord, bieden een **basis voor de geboortezorgverleners als startpunt voor de opgave** waar zij met hun VSV, samen met de andere VSV's in hun ROAZ-regio, voor staan.
- **Regie voor de aanpak van de uitdagingen beleggen in de regio.** Het Integraal Zorgakkoord geeft de opdracht aan de ROAZ-en en de VSV's om in hun regio op basis van een ROAZ-beeld aan de slag te gaan met de uitdagingen en mogelijkheden die er zijn. Omdat elke regio verschilt is het goed om te kijken waar oplossingen uit andere regio's kunnen worden benut en waar een eigen plan nodig is. Vanuit de Federatie van VSV's kan ondersteuning aan de VSV's worden gegeven evenals vanuit het LNAZ aan de ROAZ-en.



- **Een uitwerking van de benodigde randvoorwaarden** creëert aanbevelingen zodat de VSV's en ROAZ-en gezamenlijk verantwoordelijkheid kunnen nemen om de benodigde systeemaanpassingen uit te werken en in te voeren.
- **Betrek de Federatie van VSV's bij verdere ontwikkeling van voor de acute geboortezorg relevante kwaliteitsnormen.** De Federatie van VSV's doet een dringende oproep aan minister Kuipers om ons te betrekken bij zijn opdracht aan het Zorginstituut Nederland (ZiN) betreffende de kwaliteitsnormen rond voor de geboortezorg relevante tijd kritische aandoeningen.



LEESWIJZER

De Federatie van VSV's biedt met dit visiedocument handvatten aan alle verloskundig samenwerkingsverbanden en hun ROAZ-regio's, in aansluiting op de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.

In hoofdstuk 1 beschrijven we de aanleiding van dit document. Wat onderscheidt de acute geboortezorg van andere acute zorg, wat is de rol van de Federatie van VSV's op dit moment en vanuit welke reeds bestaande samenwerkingsvormen in de regio is gekeken en voortgebouwd in dit document?

Hoofdstuk 2 geeft meer inzicht in de data die bekend is met betrekking tot acute geboortezorg en welke knelpunten reeds voortkomen, maar ook verwacht worden de komende jaren.

In hoofdstuk 3 doen we een eerste voorstel om de acute geboortezorg te duiden. Er wordt een voorstel gedaan voor uniforme definities binnen de acute geboortezorg en welke indicaties hier onder vallen.

Hoofdstuk 4 bespreekt hoe de patiënt/cliënt en de eventuele partner meegenomen moeten worden in dit traject. Welke mogelijkheden zijn er voor hen en hoe worden zij op de juiste manier voorgelicht?

Hoofdstuk 5 gaat in op de actuele en toekomstige ontwikkelingen in de geboortezorgsector volgend uit het Integraal Zorgakkoord. Hiermee wordt niet alleen de acute zorg bedoeld, maar ook het voorkomen van zorg o.a. door de inzet op preventie, wat de belasting op de gehele zorg vermindert. Ook de noodzaak tot intensieve samenwerking in de regio wordt hier verder uitgewerkt.

Hoofdstuk 6 doet een eerste voorstel voor de regie en governance met betrekking tot de acute geboortezorg. Er wordt geduid hoe men landelijk kan ondersteunen als de regie in de regio's wordt belegd.

In hoofdstuk 7 beschrijven we randvoorwaarden die verder uitgewerkt moeten worden om tot een gedragen en succesvolle aanpak te komen. Hierin wordt gekeken naar de verschillende disciplines in de geboortezorg, maar ook naar het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tenslotte eindigen we in hoofdstuk 8 met een aantal conclusies en aanbevelingen.



1. AANLEIDING

Sinds een aantal jaren zien we dat de druk op de gezondheidszorg toeneemt, door de groeiende discrepantie tussen zorgvraag en –aanbod. Dit geldt evenzogoed voor de acute zorg, met het grote verschil dat uitstel of afstel onmogelijk is. Om hierop te anticiperen werkt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toe naar ‘toekomstbestendige acute zorg’, waaraan minister Kuipers dan ook refereerde in zijn brief aan de Tweede Kamer in februari 2022 (Kuipers, 2022).

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (ActiZ, GGZ, FMS, InEen, et al, 2022) is vervolgens een hoofdstuk gewijd aan de toekomst van de acute zorg. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft hierop een visiedocument geschreven, waarin zij de blik vanuit de professionals geven op de huidige en toekomstige situatie (Federatie Medisch Specialisten, 2022).

In deze stukken wordt echter nauwelijks over de acute geboortezorg gesproken en als het kort genoemd wordt dan altijd in één adem met de spoedeisende hulp. Met betrekking tot de acute zorg in het algemeen en de geboortezorg in het bijzonder wordt wel steeds geadviseerd om dit integraal te bezien omdat de zorg multidisciplinair moet worden geleverd. Dit kan alleen als er een intensieve samenwerking ontstaat in de keten. Deze keten bestaat uit een VSV met alle kernpartners, maar ook tussen VSV's in een regio en de ROAZ in de regio. De ROAZ kan als partij ingezet worden om de benodigde zorg te coördineren en de beschikbare capaciteit zo optimaal mogelijk in te zetten. Met elkaar zijn we verantwoordelijk voor veilige en toegankelijke acute geboortezorg in Nederland.

De nadruk op de aanpak van de acute zorg ligt nu veelal op de 2e en 3e lijns zorg, maar in de acute geboortezorg komt een deel van de patiënten vanuit een eerstelijns setting in een acute situatie terecht. In de eerste lijn zijn de verloskundigen en kraamverzorgenden getrainde professionals als het gaat om acute geboortezorg. In het ziekenhuis zijn er verschillende disciplines betrokken bij het leveren van acute geboortezorg (klinisch verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen, kinderartsen, neonatologen en anesthesiologen). Zij staan in nauw contact met elkaar, werken met elkaar samen in verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) en vullen elkaar aan in spoedsituaties. Verandering in acuut geboortezorgbeleid raakt al deze beroepsgroepen en hun organisaties, waardoor integraal beleid niet eenvoudig vast te stellen is.

Dit visiedocument is opgesteld als leidraad voor de acute geboortezorg in Nederland. In dit document willen we de verschillende uitdagingen die specifiek zijn voor de geboortezorg verder uitwerken



en ook een voorstel doen hoe kan worden vormgegeven aan deze samenwerking in de regio en tussen regio's.

1.1 ONDERSCHIEDENDE KARAKTER VAN DE GEBOORTEZORG

Bij acute geboortezorg gaat het om een acute situatie van een moeder met (ongeboren/pasgeboren) kind, afzonderlijk dan wel gelijktijdig, of een pasgeborene in de eerste levensdagen. Er kan een acuut verloskundig probleem ontstaan, wat ook gevolgen heeft voor de rest van de keten. Neem als voorbeeld zwangerschapsvergiftiging bij de moeder met daardoor de noodzaak tot het acuut beëindigen van de zwangerschap. Als het kind noodgedwongen te vroeg geboren moet worden betekent dat een langdurige opname op de kinderafdeling.

De acute geboortezorg onderscheidt zich in twee belangrijke aspecten van de "reguliere" acute zorg.

- Ten eerste is het specifiek voor de verloskundige dat men binnen een minuut van volledig fysiologie (natuurlijk proces) in zeer acute pathologie ((potentieel) levensbedreigend) kan komen waar letterlijk iedere seconde telt.
- Ten tweede loopt de acute verloskundige zorg niet via de lijn huisarts-spoedeisende hulp maar via dienstdoend verloskundige- dienstdoend gynaecoloog. Hierdoor onttrekt deze specialistische acute zorg zich deels aan het zicht.

1.2 ROL FEDERATIE VAN VSV'S

In 2017 is de Federatie van VSV's ontstaan, om de stem van de VSV's uit te kunnen dragen, zonder gebonden te zijn aan belangen van monodisciplinaire beroepsverenigingen. De Federatie van VSV's komt op voor de belangen van de ketenpartners in het VSV en laat landelijk de stem van de keten horen. Dit is een aanvulling op de reeds bestaande monodisciplinaire partijen. Vanuit de ketenbrede uitvoering van acute geboortezorg is het passend om als Federatie van VSV's hier een visie op te formuleren.

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (Zorginstituut Nederland, 2020) beschrijft de landelijk geldende criteria voor de spoedzorg. Geboortezorg valt echter buiten de scope en er wordt verwezen naar de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) (CPZ Expertgroep, 2016). Hierin wordt verwezen naar de 45 minuten norm (hier gaan we in hoofdstuk 5 verder op in) en wordt de parallelle actie benoemd volgens



lokaal/regionaal protocol (CPZ Expertgroep, 2016, pp. 53-54). Deze korte schets vraagt om verdere concretisering om tot uitwerking en samenwerkingsafspraken te kunnen komen in de regio. Een eenduidige definiëring en meer gespecificeerde formulering voor de acute geboortezorg maakt dat samenwerkingsafspraken ook tussen de verschillende regio's op elkaar aansluiten. Dit wordt urgenter nu de acute geboortezorg meer onder druk komt te staan en er ook in de geboortezorg steeds vaker sprake is van patiëntenspreiding, zowel binnen als buiten de regio. Het blijkt ingewikkeld hier eenzelfde kader voor te hanteren in lijn met het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, in hoofdstuk 3 doen we hiervoor een eerste aanzet.

Gestut door het IZA, is de landelijke ontwikkeling dat acute zorg in en door de regionale netwerken acute zorg zal worden vormgegeven. Vanuit een bestuurs- en bureaustructuur worden hier Regionale Overleggen met de Acute Zorgketens (ROAZ) gevoerd binnen de vastgestelde regiogrenzen (ROAZ-regio's). Voor de acute geboortezorg zal dit gaan betekenen dat de VSV's meer ROAZ-regionaal gaan optrekken, in samenspraak met het bestuur van hun regionale ROAZ-zorgnetwerk. In de samenvatting van de kamerbrief beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (Kuipers, Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg, 3 oktober 2022, p. 2), geeft minister Kuipers vanuit het IZA de opdracht aan elke ROAZ-regio om vanuit ROAZ-beelden met een ROAZ-plan te komen voor het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg in de regio:

“Samenwerking tussen partijen in de keten is nodig, maar elke regio heeft zijn eigen specifieke opgaven en uitdagingen. Daarom heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt dat inzicht biedt in de situatie en de knelpunten in de acute zorg in deze regio.

Op basis daarvan stellen partijen een ROAZ-plan op over het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg in de regio. In dit plan worden in ieder geval afspraken gemaakt over zorgcoördinatie, het verhogen van de kwaliteit en het naleven van kwaliteitsnormen, differentiatie, concentratie en spreiding en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein/integrale spoedpost)”

Gezien de uitzonderingssituatie van de acute geboortezorg ziet de Federatie van VSV's het als haar verantwoordelijkheid om het integrale geboortezorgveld hier een visiedocument over aan te reiken, in navolging van de FMS. Wij anticiperen hiermee op de door de geboortezorgverleners en -partijen geuite



behoefte aan meer sturing vanuit de landelijke partijen uit het rapport van Initiatieven toegankelijkheid geboortezorg: inventarisatie bij geboortezorgconsortia, ROAZ-en en landelijke partijen (SiRM, 2020, p. 18).

We zetten een eerste stap in de volgende door het veld uitgesproken behoeften, waarvan wij menen dat het passend is hier als Federatie van VSV's vanuit een integrale benadering het voortouw in te nemen:

- “Ervoor zorgen dat de geboortezorg een duidelijke plek krijgt in de uitwerking van de recent verschenen houtskoolschets acute zorg van het ministerie van VWS” (SiRM, 2020, p. 18).
- “Het belang van de regio en de praktijk meer naar voren brengen in de formulering van landelijk beleid. Tijdens de COVID-pandemie liepen regio's er bijvoorbeeld tegenaan dat het begrip ‘acute verloskunde’ onvoldoende scherp gedefinieerd is. Ook liepen geboortezorgpartijen aan tegen de onduidelijkheid die op veel plekken in het land ontstond door een gebrek aan eenheid in verschillende regio-indelingen” (SiRM, 2020, pp. 18,19).

Wij onderschrijven volkomen de slotopmerking uit dit rapport van SiRM, zoals hieronder geciteerd (SiRM, 2020, p. 19):

“Meerdere geboortezorgconsortia en ROAZ'en zeggen dat de landelijke partijen niet goed lijken te weten wat er regionaal speelt en hierdoor niet goed hun verbindende rol kunnen vervullen. Zij vinden dat landelijke partijen ten dienste van regionale partijen zouden moeten staan, maar dat dit nu nog niet altijd zo is.”

De Federatie van VSV's ziet het als haar taak om op landelijk niveau in samenspraak met de regio's de knelpunten duidelijk te beschrijven en de regio's te ondersteunen in het oplossen van deze knelpunten. Dit kan gedaan worden door dit op de juiste tafels te beleggen dan wel, in overleg met partners, zelf op te pakken. Eén van de prioriteiten is om voor de acute geboortezorg te zorgen dat er een sterke regionale vertegenwoordiging van de VSV's is in de ROAZ-regio's.

In lijn met de plannen voor de acute zorg in het IZA en de beleidsagenda acute zorg van minister Kuipers (Kuipers, Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg, 3 oktober 2022) betekent dit om te beginnen een gezamenlijk optrekken tussen de VSV's en de ROAZ-en met ondersteuning vanuit de Federatie van VSV's, de LNAZ en andere betrokken partners.



1.3 DEFINITIE ACUTE ZORG

In dit visiedocument wordt dezelfde definitie van acute zorg gehanteerd als in het Visiedocument van de FMS (Federatie Medisch Specialisten, 2022) en dezelfde reikwijdte als in de Houtskoolschets Acute Zorg van het Ministerie van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020, p. 2):

“...bij acute zorg gaat het om zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Daarnaast gaat het om spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.”

Deze

definitie is gebaseerd op de definiëring van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving uit 2003 en is (in vergelijkbare termen) momenteel leidend in meerdere (beleidsmatige) documenten (Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 2003, p. 5). De duiding van acute geboortezorg als specificatie binnen de acute zorg, wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3.

1.4 DEFINITIE VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGSVERBAND (VSV)

De term Verloskundig Samenwerkingsverband is gepubliceerd in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.1 (CPZ Expertgroep, 2016). Deze eerste en de hierop volgende versies van de Zorgstandaard integrale Geboortezorg benadrukken steeds het belang van een integrale aanpak in de geboortezorg. Met betrekking tot het VSV staat het volgende geschreven (CPZ Expertgroep, 2016, p. 46):



“ Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) is een regionaal besluitvormend netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorg professionals gezamenlijk het (kwaliteits)beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen (multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking).”

De zorgstandaard is herzien in 2020, maar ook hier komt dezelfde definitie naar voren (CPZ Expertgroep , 2020, p. 60).

Beleid rondom acute geboortezorg dient te allen tijde in samenspraak met het gehele VSV¹ te worden gemaakt en afgestemd met naastgelegen VSV's. Vanuit VSV-perspectief is de acute geboortezorg een samenspel tussen drie partijen: de eerstelijns verloskundigen, de kraamzorg en de tweede lijn (o.a. gynaecologen, kinderartsen, neonatologen, verpleegkundigen obstetrie en gynaecologie, kinderverpleegkundigen en management van het ziekenhuis van de betrokken afdelingen) . Ook de anesthesie is een belangrijke schakel in de keten, zij het geen partner in het VSV. De start van een acute situatie kan zowel intramuraal als extramuraal zijn, vanwege het feit dat eerstelijns verloskundigen en kraamverzorgenden ook zorg verlenen op de verloskamers. Echter, bij een medische indicatie als vertrekpunt of bij overname van een acute situatie door de 2e of 3e lijns gynaecoloog en/of kinderarts, wordt het een samenspel van diverse betrokken disciplines binnen de ziekenhuissetting, losstaand van de rechtsvorm waarmee zij al dan niet ondergebracht zijn in de organisatie.

¹ Onder de definitie van Verloskundig Samenwerkingsverband kan ook een VSV worden verstaan dat in verband met de keuze voor een gezamenlijke vorm van een bekostiging een Integrale Geboortezorgorganisatie (IGO) heeft opgericht, mits alle VSV-partners hierin participeren. In andere gevallen maakt de IGO als partner onderdeel uit van het VSV.

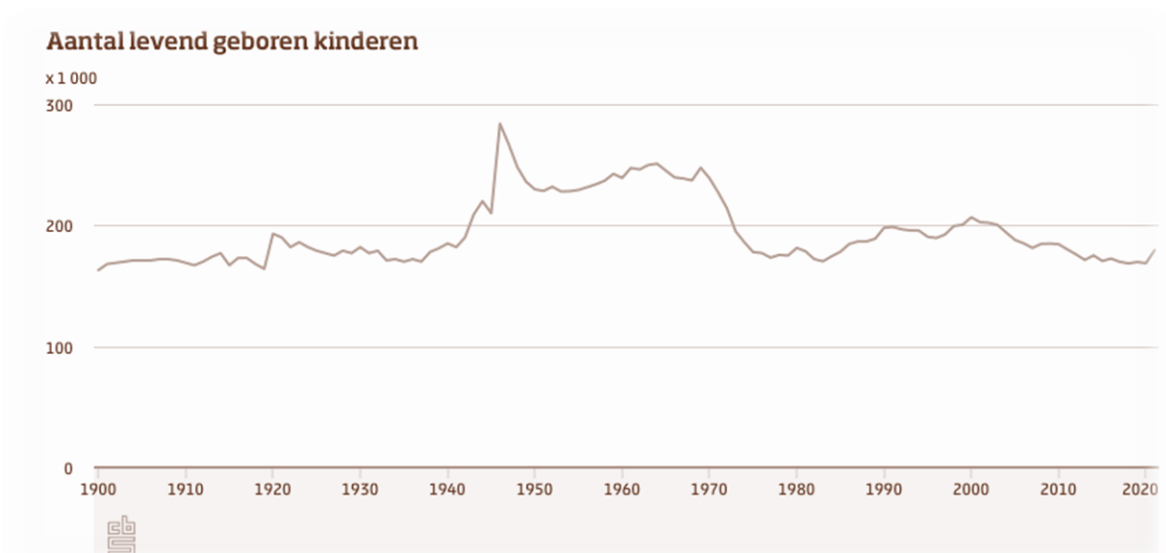


2. INZICHT IN DE ACUTE GEBOORTEZORG

Acute zorgcijfers zoals ook te lezen in het visiedocument van de FMS (Federatie Medisch Specialisten, 2022) gaan niet tot nauwelijks in op acute geboortezorg. Relevante cijfers zijn echter wel deels voorhanden en bieden helpende inzichten. De voor de acute geboortezorgsector relevante onderverdeling bestaat uit geboortecijfers, geboortezorgcijfers en cijfers rond personeelstekorten in de geboortezorgsector.

2.1 GEBOORTECIJFERS

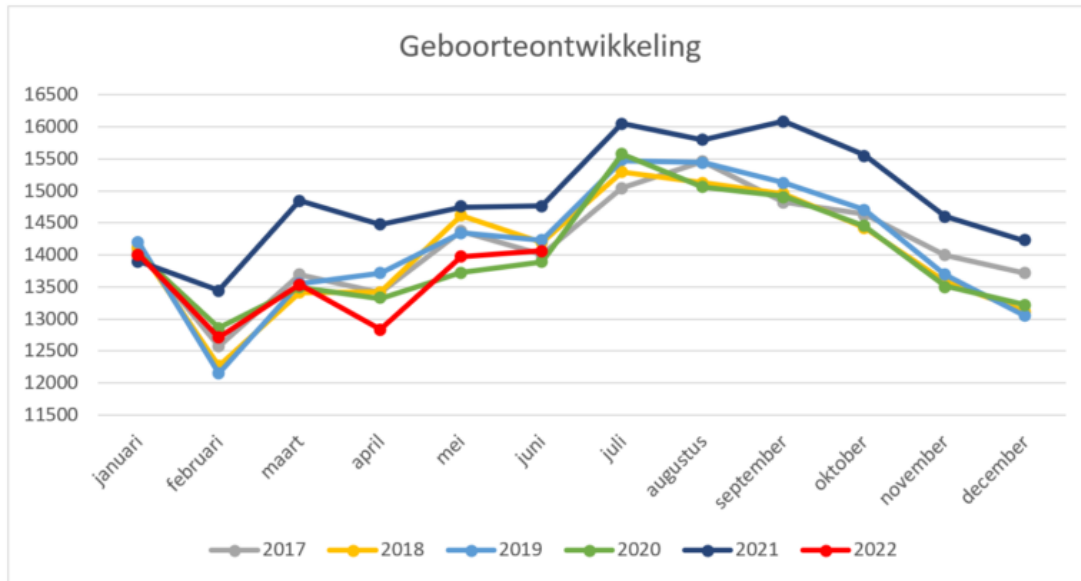
In 2021 werden er in Nederland 179.441 kinderen geboren (CBS, sd). Er is sinds 2012 een relatief stabiele trend van circa 180 duizend levend geboren kinderen (FIGUUR 1).



FIGUUR 1 LANDELIJKE GEBOORTEZORGCIJFER OP BASIS VAN CBS (CBS, sd)

Over de jaren heen zien we maand-gerelateerde terugkerende patronen in geboorteontwikkeling, zoals inzichtelijk wordt gemaakt door Bo Geboortezorg² (FIGUUR 2). In bijlage 1 is deze weergave van Bo Geboortezorg per provincie te zien.





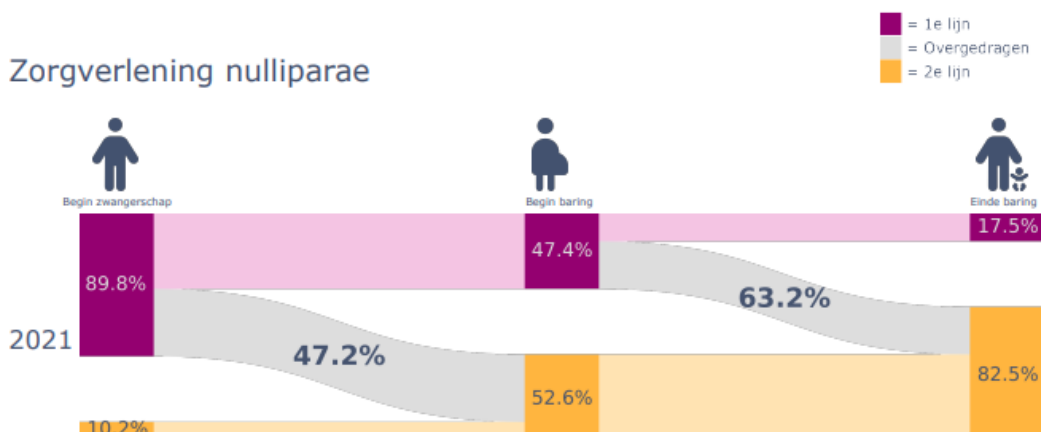
FIGUUR 2 OVERZICHT GEBORTECIJFERS NEDERLAND T/M JUNI 2022 (BO Geboortezorg, sd)

2.2 GEBORTEZORGCIJFERS

In Nederland worden de geboortezorgcijfers door zorgverleners aangeleverd bij Perined en gepubliceerd in Peristat. In het meest recente Perined Rapport Kerncijfers wordt ingezoomd op de redenen van verwijzen durante partu, opvallende trends die ook van belang zijn bij de acute geboortezorg worden hieronder weergegeven (Perined, 2020).

2.2.1 NULLIPARAE

Van de nulliparae (mensen die nooit eerder gebaard hebben) die in de zwangerschap onder zorg zijn in de eerste lijn, is 47,4% daar nog onder zorg bij start baring. Van dit percentage werd in 2021 63,2% overgedragen naar de tweede lijn.



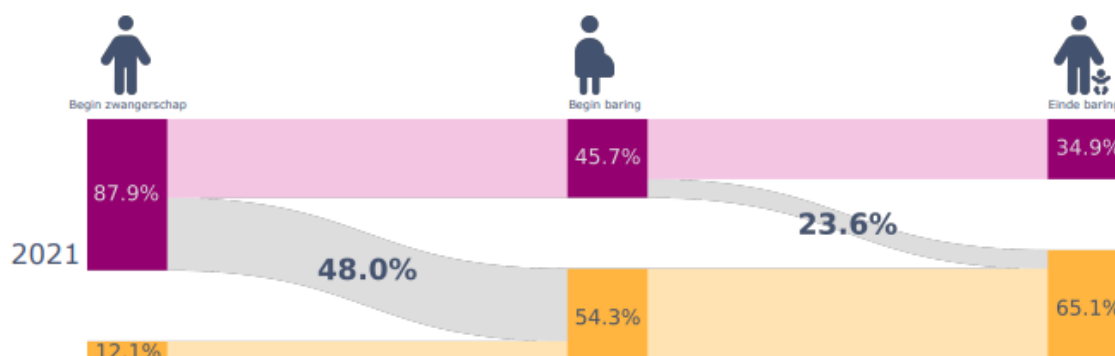
FIGUUR 3 ZORVERLENING NULLIPARAE 2021 (Perined, sd)



2.2.2 MULTIPARAE

Van de multiparae (mensen die al eerder gebaard hebben) die in 2021 de zwangerschap startten in de eerste lijn was 45,7% nog in zorg bij de eerste lijn bij de start van de baring. 48% van deze multiparae werd tijdens de zwangerschap overgedragen naar de tweede lijn.

Zorgverlening multiparae



FIGUUR 4 ZORGVERLENING MULTIPARAE 2021 (Perined, sd)

2.2.3 REDEN VAN OVERDRACHT

Perined heeft ook de gegevens van de reden van overdracht voor ons beschikbaar gesteld. De verschillende redenen onder de nulli- en multiparae zijn in onderstaande tabel weergegeven.

	Nulliparae (%)	Multiparae (%)
Redenen van overdracht tijdens zwangerschap		
Hypertensieve aandoeningen	8,6	3,2
Serotiniteit	6,6	3,5
Liggingsafwijkingen inclusief stuitligging	5,9	2,1
Diabetes (verschillende types)	5,5	5,9
Groeivertraging	4,3	2,3
Minder leven voelen	3,7	2
(dreigende) vroeggeboorte	3,2	1,4
Positieve discongruentie	2,2	2
Sectio in anamnese*	n.v.t.	19

TABEL 1: REDENEN VAN OVERDRACHT TIJDENS ZWANGERSCHAP



Redenen van overdracht tijdens baring		
Wens voor pijnbestrijding	21,9	15,1
Niet-vorderende ontsluiting	11,8	9,4
Niet-vorderende uitdrijving	10,8	6,6
Gebroken vliezen zonder weeën	9,2	9,5
Meconiumhoudend vruchtwater	8,1	13,2
Overige urgente redenen**	4,8	5,6

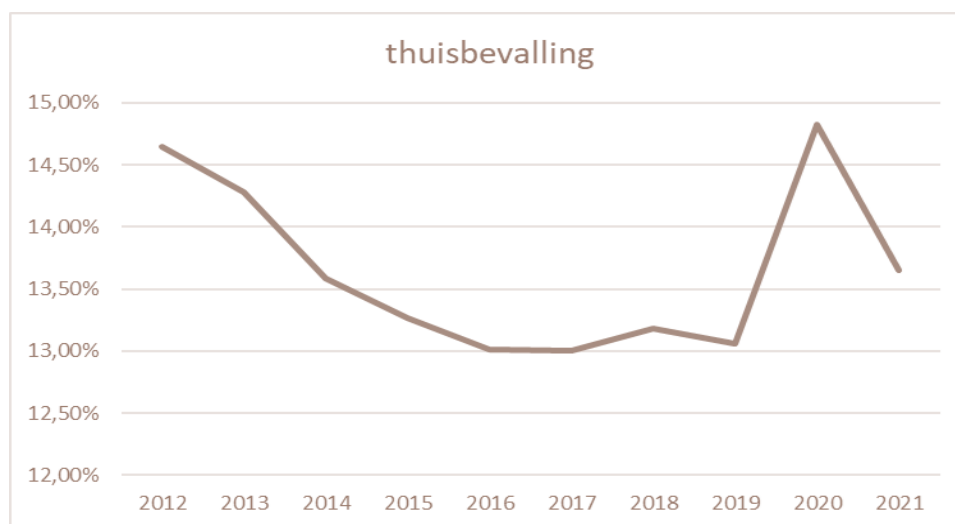
TABEL 2: REDENEN VAN OVERDRACHT TIJDENS ZWANGERSCHAP

* Dit betreft een primair medische indicatie waarover op lokaal niveau afspraken zijn gemaakt over het moment van overdracht.

** bloedverlies tijdens de baring, foetale nood, minder leven, vasa praevia of abruptio placentae (placentaloslating)

2.2.4 THUISBEVALLINGEN

In 2021 was het percentage thuisbevallingen 13,7%. Het percentage eerstelijnsbevallingen in een ziekenhuis (geboortecentrum of poliklinisch) was 13%. Tijdens het eerste Coronajaar in 2020 zien we significant meer thuisbevallingen in vergelijking met de jaren ervoor. Toch zien we ook in 2021 een hoger percentage ten opzichte van 2014 tot en met 2019.



FIGUUR 5 ONTWIKKELING AANTAL THUISBEVALLING O.B.V. INFORMATIE PERISTAT (Perined, sd)



2.2.5 ACUTE ZORG BUITEN DE BEVALLING OM

In de hierboven beschreven cijfers wordt steeds uitgegaan van zorg in het geval van een (levend)geboorte. Bij het duiden van data is het van belang te realiseren dat er altijd sprake is van meer zwangerschappen dan geboortes en van meer geboortes dan het aantal levendgeborenen. Ook zwangerschappen die niet uitmonden in een geboorte na 28 weken zijn zorgvragen, waarbij sprake kan zijn van acute situaties. Hierbij kan gedacht worden aan een miskraam met hevig bloedverlies, een intra-uteriene infectie (infectie in de baarmoeder) in de zwangerschap en/of een partus immaturus (bevalling bij een zwangerschapsduur tussen 16 en 28 weken). Het risico bestaat dat deze ‘vergeten cijfers’ niet worden opgenomen in regiobeelden, wat tekortdoet aan de zorgzwaarte en tijdsinvestering aan begeleiding van deze ouders tijdens zwangerschap, bevalling en het natraject.

2.3 CAPACITEITSPROBLEMATIEK ZORG ALGEMEEN

Het CBS geeft aan: Nederland vergrijst, de leeftijdsopbouw van de bevolking verandert en het aandeel van oudere leeftijdsgroepen wordt groter, waardoor de gemiddelde leeftijd van de bevolking toeneemt. Tegenover iedere 65-plusser staan steeds minder mensen in de werkzame leeftijd. Dit loopt nog op tot ongeveer 2040, waarna de situatie zich zal stabiliseren. Er is tevens sprake van een dubbele vergrijzing: het aantal 80-plussers in de bevolking groeit, waarbij de zorgzwaarte onder de ouderen toeneemt (CBS, sd). Dit vertalend naar de gezondheidssector, betekent dit:

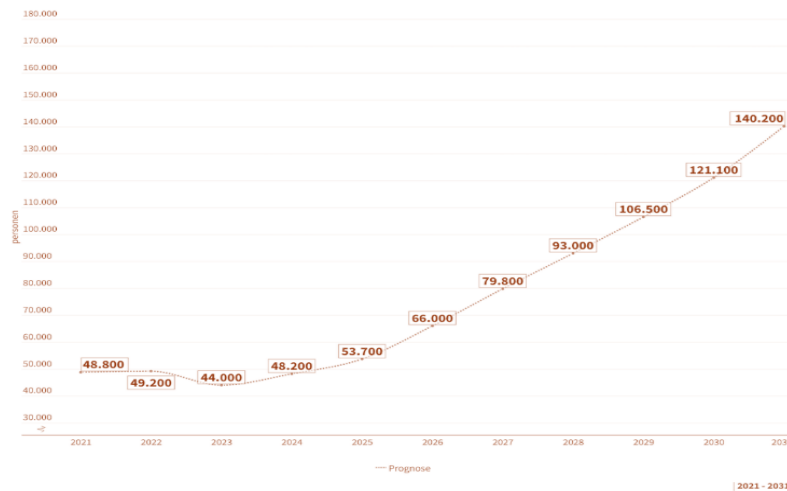
1. Een toename aan zorgvraag door vergrijzing.
2. Een toename aan zorgzwaarte door de dubbele vergrijzing (steeds ouder wordende zorgvragers met multi-problematiek).
3. Een groot tekort aan mensen in de werkzame leeftijd in de gehele maatschappij.
4. Een groot tekort aan verplegend en verzorgend personeel.

Deze arbeidsmarktproblemen werken door in iedere zorgsector. De tijd is voorbij om te denken dat dit geen consequenties heeft voor de geboortezorg omdat dit een andere populatie betreft. Vakgebieden buiten verplegend en verzorgend personeel zullen niet ontkomen aan de noodzaak tot substantiële aanpassingen ondanks dat deze hun eigen huidige taken nog in de hand hebben. Ook regio's die op dit moment nog steeds geen noemenswaardige problemen ondervinden zullen dit in de toekomst tegen gaan komen.

Het prognosemodel Zorg en Welzijn levert actuele prognoses voor de Zorg- en welzijnssector m.b.t. te verwachten arbeidstekorten. Zowel de overheid als de zorgsector zelf wordt geïnformeerd aan de hand van deze modellen. Op de site www.prognosemodelzw.nl is veel interactieve data te vinden rond



voorspellingen voor zowel de gehele zorg- en welzijnssector, wat vanzelfsprekend doorwerkt in onze sector, als specifiek voor de geboortezorgberoepsgroepen.



FIGUUR 6 PROGNOSE ARBEIDSMARKTEKORT IN AANTALLEN PERSONEN (Prognosemodel Zorg en Welzijn , sd)

In december 2022 bracht het Capaciteitsorgaan het volgende rapport uit: Capaciteitsplan 2022-2025: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen (Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen, 2022). Hierin worden landelijke ramingen gepubliceerd voor specifieke zorgberoepen zoals obstetrieverpleegkundigen en kinderverpleegkundigen. In- en uitstroom worden daarbij doorvertaald naar opleidingsadviezen. De samenvatting schetst een illustrerend beeld van de ingezette koers, we doen al erg ons best maar dat is niet genoeg (Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen, 2022, p. 6).

“De instroom in de opleidingen is de afgelopen jaren ook fors gestegen. Dit is tegen de achtergrond van onder andere de COVID-19 pandemie een knappe prestatie van zorginstellingen en professionals. Tegelijkertijd blijven de tekorten stijgen en de werkdruk toenemen.

De vraag naar zorg blijft tegelijkertijd toenemen. Enerzijds door de bevolkingsgroei

en vergrijzing. Dit wordt versterkt door de gegroeide technologische en daarmee medische mogelijkheden: patiënten en professionals willen en kunnen meer en er gebeurt dus vaak ook meer. (...) Verder is behoud van de professionals die er al zijn, cruciaal onder andere door het creëren van een prettige en gezonde werkomgeving met een behapbare werkdruk: de uitstroom is zeer fors.”

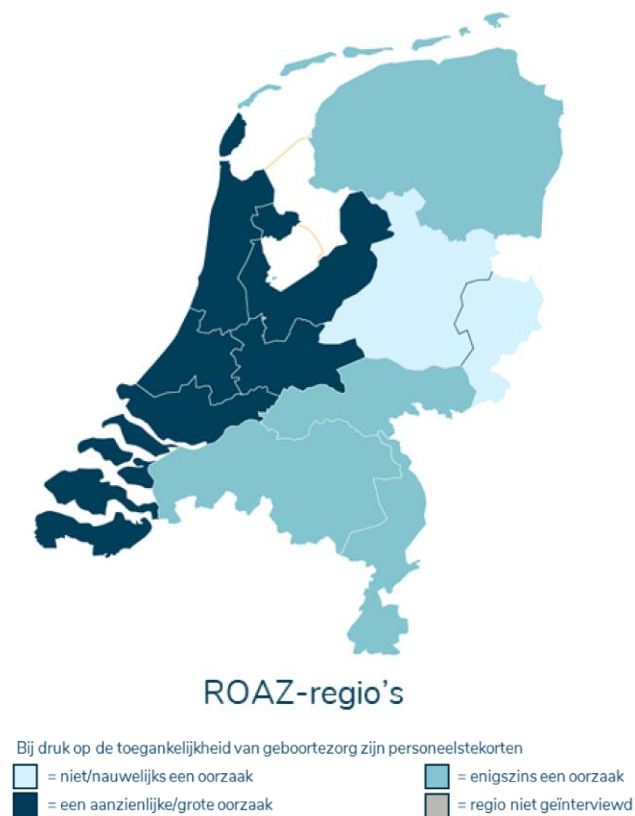
Alvast vooruitlopend op hoofdstuk 5.3 en de ROAZ plannen die worden gemaakt, wijst dit op de noodzaak als ROAZ-regio, samen met aanbieders van opleidingen, een gezamenlijk instroomplan rond opleiden te maken. Zeker waar het (vervolg)opleidingen aangeboden door de ziekenhuizen betreft, maar minstens zo



belangrijk het opleiden van kraamverzorgenden en verloskundigen. Daarnaast moet ook gekeken worden naar een uitstroomplan inspelend op de veranderende maatschappij en de daarmee ontstane noodzaak tot innovatief werkgeverschap.

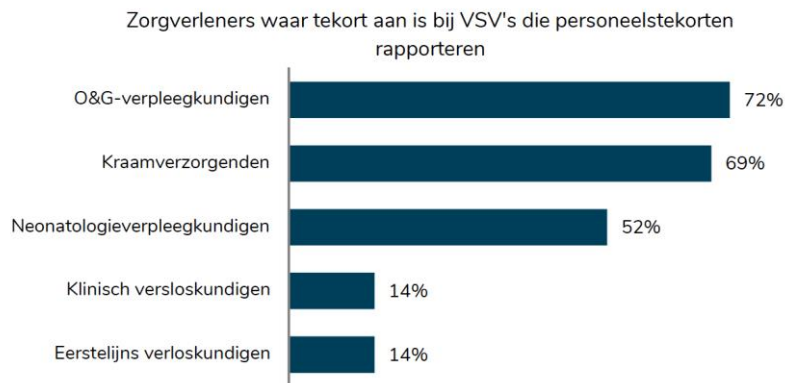
2.4. CAPACITEITSSITUATIE IN DE VSV'S

Het rapport *Initiatieven toegankelijkheid geboortezorg*, opgesteld door het bureau *Strategies in Regulated Markets (SiRM)* in opdracht van het *College Perinatale Zorg (CPZ)*, gaf inzicht in de door de VSV's zelf ervaren personeelstekorten (SiRM, 2020). Figuur 7 schetst een beeld van de rol die de personeelstekorten spelen op de toenemende druk op de toegankelijkheid van de geboortezorg in de ROAZ-regio's (SiRM, 2020). Hierbij wordt gezien dat in het westen en midden van Nederland personeelstekorten een aanzienlijke tot grote oorzaak zijn van druk op de toegankelijkheid. Alleen in een deel van het oosten van Nederland is dit niet tot nauwelijks een oorzaak.



FIGUUR 7 PERSONEELSTEKORTEN ALS OORZAAK VOOR DRUK OP DE TOEGANKELIJKHEID (SiRM, 2020, p.7)

Het rapport van eind 2020 geeft ook inzicht in tekorten binnen VSV's bij responsie van 75% van alle VSV's, zoals te zien in Figuur 8 (SiRM, 2020). Een nieuwe uitvraag laat naar onze verwachting oplopende tekorten onder neonatologie-verpleegkundigen zien.



FIGUUR 8 BEROEPSGROEPEN MET PERSONEELSTEKORTEN ONDER DE VSV'S DIE TEKORTEN RAPPORTEREN [SIRM, 2020, p. 6]

VSV's geven bij de Federatie aan dat zij sinds 2020 toenemende druk door personeelsproblemen ervaren. Covid heeft in de afgelopen jaren de fysieke capaciteit beperkt en een aanslag gedaan op de reserves van alle zorgprofessionals. Covid heeft daardoor direct (ziekte) én indirect (ziekte/burn-out, vertrek) tastbare gevolgen voor de beschikbare capaciteit van de verloskundige zorgprofessionals. De gevolgen van deze capaciteitsproblematiek werden in de aanloop naar en gedurende de zomerperiode in 2022 schrijnend duidelijk, maar houden inmiddels ook na de zomer aan.



3. DUIDING (SUB)ACUTE GEBORTEZORG EN GEBORTESPOEDZORG

Landelijk vastgestelde kernbegrippen en -indicaties helpen om eenduidige basisafspraken met elkaar te kunnen maken. Samenwerkingsafspraken krijgen zo een gestructureerd karakter en beklijven beter bij de zorgverleners. Ook helpt dit bij VSV- en regiogrens-overschrijdende zorgverlening. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de algemene begrippen acute zorg, subacute zorg en spoedzorg gespecificeerd voor de geboortezorg. Vanuit deze basis kan regionaal waar nodig een verdergaande invulling en samenwerkingsafspraken worden vastgesteld, welke vervolgens met de naastgelegen VSV's en ROAZ-regio's dienen te worden afgestemd. Als Federatie verkennen we momenteel of doorontwikkeling van de triagewijzer verloskunde (Nederlandse Triagewijzer Verloskunde, 2024) hier een helpend instrument voor kan zijn.

3.1. ACUTE GEBORTEZORG IN PLAATS VAN ACUTE VERLOSKUNDE

In den lande wordt momenteel gesproken over acute verloskunde. De Federatie van VSV's is van mening dat het begrip acute geboortezorg passender is, in aansluiting op de ontwikkeling naar integrale geboortezorg. De scope van acute zorg binnen de integrale geboortezorg betreft namelijk niet alleen zwangerschap en geboorte maar ook de kindzorg aan een pasgeborene niet gerelateerd aan de bevalling.

Met de ZIG richten we in Nederland de geboortezorgsector integraal in. "Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of de overdracht naar kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts" (CPZ Expertgroep, 2016, p. 4).

Verloskunde (of obstetrie) is de verzamelnaam voor alle kennis rondom de zwangerschap, de bevalling en het kraambed (de eerste tien dagen na de bevalling). Acute verloskunde heeft dus een te smallere scope, ten opzichte van de huidige landelijke ontwikkelingen gebaseerd op integrale geboortezorg vanuit een ketensamenwerking. Daarom staat in de ZIG de volgende definitie rond acute geboortezorg beschreven: "Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt een situatie



verstaan waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen” (CPZ Expertgroep, 2016, p. 53).

3.2 DEFINITIE ACUTE GEBOORTEZORG

Op basis van de landelijke definitie van acute zorg van de FMS (Federatie Medisch Specialisten, 2022) en de reikwijdte van VWS uit de Houtskoolschets (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020), kunnen we de hoofdtypen van zorg voor de geboortezorg als volgt verbijzonderen:

	ALGEMENE ZORG	GEBOORTEZORG
ACUUT	Zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen.	Een vitaal bedreigde (aanstaande) moeder en/of ongeboren/pasgeboren kind(eren) waarbij één of meer vitale orgaanfuncties, zoals ademhaling, circulatie en bewustzijn zodanig verstoord zijn dat zij dreigen te falen (Afgeleid van (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 2022, p. 5).
SUBACUUT	Niet van toepassing	Hoog risico op vitale bedreiging van de (aanstaande) moeder en/of ongeboren/pasgeboren kind(eren), waardoor zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen.
SPOED	Een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.	Een zorgvraag die vanuit de beleving van de (aanstaande) moeder acuut is.

TABEL 3: DEFINITIE ACUTE ZORG

3.2.1 INDICATIES ACUTE GEBOORTEZORG

Acute geboortezorg: een vitaal bedreigde (aanstaande) moeder en/of ongeboren/pasgeboren kind(eren) waarbij één of meer vitale orgaanfuncties, zoals ademhaling, circulatie en bewustzijn zodanig verstoord zijn dat zij dreigen te falen.



Met het vastleggen van dit document stellen we de volgende landelijk uniforme acute zorg indicaties voor de geboortezorg voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

INDICATIES ACUTE GEBOORTEZORG

Reanimatie (aanstaande) moeder (tot eerste 6 weken postpartum)	
Reanimatie natte neonat (in andere gevallen triage via 112)	
Foetale nood/cortonenpathologie/afwijkend CTG	
Pasgeborene in slechte conditie thuis (eerste 6 weken postpartum)	
Navelstrengprolaps	
Verdenking ernstige pre-eclampsie/eclamptisch insult	
Verdenking solutio	
Overmatig bloedverlies durante partu	
Fluxus post partum (>1000ml bloedverlies), ongeacht conditie moeder (met/zonder placentarest)	
Uterus inversio	
Partus prematurees vergevorderd in partu	< 35 weken > verwijzing 2e lijns ziekenhuis
	< 32 weken > verwijzing 3e lijns ziekenhuis
Achterblijven van (een deel van) de placenta, met een totaal bloedverlies >500ml.	
Intra uteriene vruchtdood	

TABEL 4: INDICATIES ACUTE GEBOORTEZORG

Voor bovenstaande acute zorg indicaties in de thuissituatie stellen we de volgende afspraken voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

- Opname in het dichtstbijzijnde ziekenhuis (zo nodig dichtstbijzijnde 3^e lijns centrum).
- Acute zorg wordt NIET geweigerd door het gebelde ziekenhuis.
 - Mocht dit door omstandigheden bij uitzondering toch gebeuren, dient dit gemeld te worden in het VSV en volgens de binnen de ROAZ-regio op te stellen procedure.



- Dit ziekenhuis neemt de verantwoordelijkheid van de verloskundige over voor behandelen ofwel (over)plaatsen naar een ander ziekenhuis.
- Telefonische aanmelding, geen discussie. Degene die belt is op dat moment verantwoordelijk en schat de situatie als acuut in. Als het een melding is en geen verzoek tot overleg, is er geen discussie mogelijk. Achteraf is dan het moment voor gezamenlijke reflectie.

3.2.2 INDICATIES SUBACUTE GEBOORTEZORG

Subacute geboortezorg: hoog risico op vitale bedreiging van de (aanstaande) moeder en/of ongeboren/pasgeboren kind(eren), waardoor zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen.

Met het vastleggen van dit document stellen we de volgende landelijk uniforme subacute zorg indicaties voor de geboortezorg voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

INDICATIES SUBACUTE GEBOORTEZORG

Niet Vorderende Uitdrijving (NVU), goede cortonen
Meconiumhoudend vruchtwater, goede cortonen
Partus prematurus <35 weken, niet heftig in partu
Afwijkende ligging (geen hoofdligging), actief in partu, goede cortonen
Koorts durante partu
Achterblijven van (een deel van) de placenta, met een totaal bloedverlies <500ml.
Vulvair hematoom
Totaal/subtotaalruptuur
Zorgen over de conditie van de pasgeborene door de verloskundige, huisarts of jeugdarts (eerste 6 weken postpartum)

TABEL 5: INDICATIES SUBACUTE GEBOORTEZORG

Voor bovenstaande subacute zorg indicaties in de thuissituatie stellen we de volgende afspraak voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

- Weigering van subacute geboortezorg wordt gemeld in het VSV en volgens de binnen de ROAZ-regio op te stellen procedure.



Afspraken over spoedzorg worden per ROAZ-regio vastgelegd en kunnen dus ook per regio verschillen. Afstemming tussen aan elkaar grenzende ROAZ-regio's is hierbij noodzakelijk. Daarnaast is verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden over deze afspraken essentieel. Verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden is hierbij essentieel en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

3.2.3 INDICATIES GEBORTESPOEDZORG

Geboortespoedzorg: een zorgvraag die vanuit de beleving van de (aanstaande) moeder acuut is.

Met het vastleggen van dit document stellen we de volgende landelijk uniforme spoedzorg indicaties voor de geboortezorg voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

INDICATIES GEBORTESPOEDZORG

Niet vorderende ontsluiting, goede cortonen
Verzoek pijnstilling durante partu

TABEL 6: INDICATIES GEBORTESPOEDZORG

Voor bovenstaande subacute zorg indicaties in de thuissituatie stellen we de volgende afspraak voor aan alle betrokken partijen in de geboortezorgsector:

- Weigering van geboortespoedzorg wordt gemeld volgens de binnen de ROAZ-regio op te stellen procedure.

De categorie spoedzorg is ook voor de geboortezorg lastig te hanteren. Spoedzorg die in de beleving van de (aanstaande) moeder acuut is, kan daadwerkelijk acute of subacute zorg zijn. In dat geval wordt deze als zodanig geclassificeerd omdat de zorgvraag een hogere mate van urgentie betreft dan een spoedzorgindicatie. De twee geboorte-spoedzorgindicaties zoals hier geïdentificeerd, voegen voor de baring een extra categorie toe waarvoor afspraken dienen te worden gemaakt. Dit onderscheid zorgvragen zonder bedreiging van vitale functies die als regulier kunnen worden beschouwd van zorgvragen zonder bedreiging van vitale functies die hierop voorrang krijgen omwille van de hulpvraag van de zwangere.

Afspraken over spoedzorg worden per ROAZ-regio vastgelegd en kunnen dus ook per regio verschillen. Afstemming tussen aan elkaar grenzende ROAZ-regio's is hierbij noodzakelijk. Daarnaast is verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden over deze afspraken essentieel.



Verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden is hierbij essentieel en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Adequaat anticiperen staat of valt met eenduidige communicatie die niet multi-interpretabel is. Als Federatie van VSV's pleiten we daarom voor gebruik van een uniforme triageprocedure.

3.3 REGULIERE INTEGRALE GEBOORTEZORG DURANTE PARTU

Andere situaties vallen onder reguliere zorg. Specifiek voor de bevalling betekent dit het volgende:

- Een normaal verlopende baring is geen (sub)acute zorg of spoedzorg. Het VSV dient afspraken te maken zodat verloskamers beschikbaar zijn voor begeleiding van baringen door verloskundigen en kraamverzorgenden, zonder dat dit consequenties heeft voor de instroom van (sub)acute geboortezorg of geboortespoedzorg.
- Een zwangere met een medische indicatie die spontaan in partu komt valt onder reguliere geboortezorg en niet onder (sub)acute geboortezorg of geboortespoedzorg. (Sub)acute zorg en spoedzorg gaan te allen tijde voor. In het ROAZ-plan worden hier regionale afspraken over gemaakt en afgestemd met omliggende regio's.
- Een geplande inleiding valt onder reguliere geboortezorg en niet onder (sub)acute geboortezorg of geboortespoedzorg. Acute (geboorte)zorg en (geboorte)spoedzorg gaan te allen tijde voor. Planbare inleidindicaties zijn verschuifbare en/of verplaatsbare zorg. De hierbij te maken afwegingen zijn aan de gynaecoloog, zij/hij beoordeeld hierin als eindverantwoordelijk en expert de totale situatie van het (aanstaande) gezin en de interne organisatie.
- **BELANGRIJK:** Wanneer een inleidingsindicatie of inleidprocedure subacute geboortezorg wordt, spreken we niet van een planbare inleiding maar van een inleiding vanwege een subacute indicatie. Hiervan is sprake wanneer er een hoog risico bestaat op vitale bedreiging van de (aanstaande) moeder en/of ongeboren/pasgeboren kind(eren), waardoor zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Bijvoorbeeld door een verslechterend CTG in geval van groeivertraging, of een oplopende tensie bij hypertensieve aandoeningen. Uitstel en de inleiding plannen is dan niet meer mogelijk, afhankelijk van de situatie behoort verplaatsen nog wel tot de mogelijkheid.



3.4 SPECIALE SITUATIES

In zijn algemeenheid is het niet wenselijk zorg in een ander dan het vooraf afgesproken ziekenhuis te verlenen. Zolang er geen sprake is van (sub)acute zorg of spoedzorg hoeft opname niet zo snel mogelijk plaats te vinden, er dient echter wel gestreefd te worden naar het naleven van met de patiënt gemaakte afspraken. Tijdens de zwangerschap moet kritisch beoordeeld worden of de afgestemde zorg met de zwangere enkel in het desbetreffende ziekenhuis gegeven kan worden. Dit onderdeel dient in het ROAZ-plan beschreven te worden zodat uniforme afspraken hierover worden gemaakt in de regio.

Indicaties waar uitzonderingen over gemaakt kunnen worden zijn:

- Zwangeren in ernstig kwetsbare situaties, mits de zorg met elkaar is besproken en in een bevalplan is vastgelegd.
- Zwangeren met verzoeken afwijkend van de geldende richtlijnen en protocollen, mits de zorg met elkaar is besproken en in een bevalplan is vastgelegd.
- Regio's met bijzondere (topografische) omstandigheden die aparte afspraken behoeven. Hierbij wordt verwezen naar de 45-minutennorm zoals verder besproken wordt in hoofdstuk 5.1.

Uitzonderingen moeten eenduidig in de ROAZ-regio worden vastgesteld en voor alle betrokkenen en omliggende VSV's/regio's duidelijk zijn.



4. BETREKKEN VAN CLIËNT/PATIËNT

In dit hele proces van zorgverlening omtrent met name de natale periode is het van groot belang om de cliënt/patiënt en eventuele partner mee te nemen. We zien hier een belangrijke rol voor alle verloskundig zorgverleners in de regio. Vanaf het begin van de zwangerschap is het van belang om een realistisch beeld te schetsen over bijvoorbeeld de kans op overname van zorg van de eerste naar tweede lijn én de kans op plek in het ziekenhuis van voorkeur te bespreken.

4.1 KEUZEVRIJHEID TIJDENS DE BARING

De tweedeling tussen enerzijds de reguliere geboortezorg en anderzijds de (sub)acute geboortezorg en geboortespoedzorg is relevant. Heldere communicatie naar cliënten en patiënten is noodzakelijk om zo reële verwachtingen te scheppen. De snelheid van zorg en de kans op zorg op de plaats van voorkeur hangt onder andere af van topografische ligging, regionale procesafspraken en de status van het doorvoeren van verbeteringen uit het ROAZ-plan. Daarnaast speelt het baringsverloop een belangrijke rol.

REGULIERE ZORG	Streven blijft te allen tijde naar keuzevrijheid voor locatie en gezamenlijke besluitvorming over eventuele interventies indien nodig en de manier waarop. De kans hierop is het grootst bij een fysiologische baring. Indien sprake van een medische indicatie is de kans hierop in sommige regio's geringer vanwege schaarste onder het ziekenhuispersoneel.
GEPLANDE ZORG	Het moment waarop en de locatie zijn afhankelijk van de beschikbare capaciteit. Besluitvorming over eventuele interventies en de manier waarop gebeurt in gezamenlijkheid.
SPOEDZORG EN SUBACUTE ZORG	Geboortespoedzorg is ondergeschikt aan subacute zorg. In beide gevallen is het voorkeursziekenhuis bekend en wordt gepoogd hiernaartoe te gaan. Als dit niet haalbaar is, is het beste alternatief acceptabel. De snelheid van geboden zorg hangt af van de indicatie en capaciteit. Er is vervolgens wel ruimte voor gezamenlijke besluitvorming over mogelijke interventies en de manier waarop, afhankelijk van de situatie en de context.
ACUTE ZORG	Locatie wordt bepaald door de verantwoordelijk zorgverlener. In deze gevallen kan alleen indien de situatie en de alternatieve scenario's het toelaten nog gesproken worden over interventies en de manier waarop.



4.2 REËLE VOORLICHTING

De Federatie pleit ervoor dat zowel reguliere als acute geboortezorg geboden wordt op een passende locatie op basis van de situatie van de barende. Idealiter is dat de door haar gewenste locatie. Vaak is er al een belangrijke vertrouwensband opgebouwd en dan is verplaatsen niet optimaal. Echter, op dit moment is dit in een toenemend aantal regio's niet meer haalbaar.

Het is belangrijk om dan als VSV-regio eenduidig hierover te communiceren naar de cliënten en patiënten en zo vooraf haalbare verwachtingen te schetsen. Dit geeft duidelijkheid en kan mogelijk stress tijdens de bevalling voorkomen. In deze voorlichting is het van belang om het onderscheid in reguliere, spoedzorg en (sub)acute zorg en de consequenties daarvan op de keuzevrijheid toe te lichten.



5. ACTUELE EN TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Komende jaren zal meer vanuit macroniveau naar de houdbaarheid van de zorg in het algemeen en de geboortezorg in het bijzonder worden gekeken. Dit onder andere om de kwaliteit van de zorg hoog te houden en voor iedereen toegankelijk te laten zijn. Dat is nodig, maar zal verregaande veranderingen met zich meebrengen. We zien dat de zorg steeds meer gecentraliseerd wordt in Nederland. Ook zien we dat er gestuurd wordt op steeds meer zorg buiten het ziekenhuis. Dit komt ook duidelijk naar voren in het IZA.

In de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg wordt dit voor de gehele acute zorgsector samengevat in drie kernpunten: 1. Kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg. 2. Zorgcoördinatie en 3. Samenwerking in de regio (Kuipers, 3 oktober 2022, p. 1). In dit hoofdstuk vertalen we deze drie onderdelen naar de geboortezorgsector en voegen daar nog een laatste in onze ogen relevante ontwikkeling aan toe, namelijk de samenhang tussen de acute en de preventieve zorg.

5.1. KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID ACUTE ZORG

In de afgelopen jaren zijn in een aantal ziekenhuizen in Nederland de verloskamers gesloten. Dit heeft voor de eerstelijns collega's in betreffende regio's geleid tot grote uitdagingen en aanpassing van de dienstverlening in de eerste lijn. Belangrijk om hierbij in gedachten te nemen is namelijk de aanrijtiddennorm voor acute zorg zoals we die in Nederland hanteren. De huidige 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH's en acute geboortezorg is als volgt opgebouwd: 15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabilisatie en inlaadtijd, 25 minuten voor vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, vastgelegd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) (CPZ Expertgroep, 2020, p. 15).

Concreet betekent dit bijvoorbeeld ook dat een verloskundige voor een partus in het ziekenhuis uit haar werkgebied gaat en er dus een extra collega op dat moment beschikbaar moet zijn voor cliënten in dat werkgebied, zij moeten immers in een spoedsituatie snel ter plaatse kunnen zijn.

Met betrekking tot de geboortezorg wordt voor de toegankelijkheid van de acute zorg vaak verwezen naar de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2020) en het rapport '24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis' van accountantsbureau KPMG (KPMG, 2012). Hierin wordt een berekening gedaan van het aantal locaties op basis van zowel de 45-minutennorm (in 45 minuten met ambulance in ziekenhuis kunnen zijn) als aan de 15-minutennorm (na vaststellen van een acute situatie in het ziekenhuis start de medische behandeling binnen 15 minuten). Deze bereikbaarheidsnorm van SEH's en acute geboortezorg en de daarbij



behorende beschikbaarheidsbijdragen om hem te borgen staan momenteel landelijk ter discussie, zoals beschreven in het IZA. Ook wordt daar aangegeven dat er opnieuw gekeken moet worden naar een alternatief voor de 45 minuten norm voor acute verloskunde en de daarmee samenhangende beschikbaarheidsbijdrage.

Minister Kuipers schrijft hierover (onder andere) het volgende in zijn kamerbrief over de beleidsagenda acute zorg aan de tweede kamer:

“ Het ontwikkelen van medisch onderbouwde kwaliteitsnormen gedifferentieerd per ‘tijdkritische’ aandoening.

Hierbij doel ik op symptomen die wijzen op een voor de patiënt zeer ernstige situatie waarvoor het noodzakelijk is om binnen een beperkte tijd op een SEH/in een ziekenhuis met de juiste bemensing en faciliteiten te worden [...]

Ik vraag het ZIN (Zorginstituut Nederland) om het proces vorm te geven en uit te voeren

om uiterlijk in het najaar van 2023, voor deze typen spoedzorg tot een medisch (wetenschappelijk) onderbouwde, onafhankelijke rapportage te komen ten behoeve van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen. Er kan hiervoor worden gedacht aan een ‘patient journey’ per aandoening die loopt van de verdenking op een tijdkritische aandoening tot en met de interventie in een daartoe uitgerust centrum. Ik betrek de relevante veldpartijen bij de nadere invulling van de opdracht aan het ZIN.”

De Federatie van VSV's verzoekt de minister met klem om hierbij betrokken te worden. Dit wordt expliciet als aanbeveling opgenomen in hoofdstuk 8.

Naast de aanrijdtijd is een specifiek knelpunt binnen de geboortezorg de 15-minuten norm rond indicaties voor spoedzorg: baringsnood door de zwangere zelf zo ervaren zonder een vitaal bedreiging van moeder en/of kind. De 15-minuten norm houdt in dat na vaststellen van een acute situatie in het ziekenhuis, de medische behandeling binnen 15 minuten start. Bij spoedzorg wordt hieraan voldaan als het CTG wordt aangelegd binnen 15 minuten na arriveren in het ziekenhuis. Dit zegt bij een nood aan pijnstilling echter niets over de tijdsduur tussen het verzoek om pijnstilling en het ervaren van pijnverlichting. Zowel het tijdsbestek vanaf de hulpvraag van de barende tot arriveren in een beschikbaar ziekenhuis, als vanaf aankomt op de verloskamer tot het ervaren van pijnverlichting, is in regio's met toenemende capaciteitsproblematiek zorgwekkend. Binnen en tussen VSV's bestaan hierover nog geen op elkaar



aansluitende ketenafspraken. Regionaal zullen daarom voor de geboortespoedzorg-indicaties aanvaardbare normafspraken gemaakt moeten worden. Ook dit is een onderwerp dat uitwerking verdient in de ROAZ-plannen.

- Er is niet vastgelegd hoe snel na aankomst in het ziekenhuis er een beoordeling plaatsvindt in geval van geboortespoedzorg, een eerste vereiste om de medische behandeling in gang te kunnen zetten.
- Voorafgaand aan het toedienen van pijnstilling moet een CTG beoordeeld zijn, ieder ziekenhuis heeft hierover nog zijn eigen procesafspraken.
- Het landelijke uitgangspunt is dat elke vrouw op haar verzoek tijdens de bevalling een medicamenteuze vorm van pijnstilling kan krijgen, dat medicamenteuze pijnstilling 24x7 beschikbaar moet zijn, dat epidurale pijnstilling de gouden standaard is en dat remifentanil Patient-Controlled-Analgesia (PCA) aangeboden wordt conform de Standard Operating Procedure (SOP) (Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ), 2019). Dit is op papier zo geregeld maar de praktische uitvoering laat op diverse plekken door uiteenlopende redenen te wensen over. Afstemming met o.a. de anesthesiologen over haalbaarheid en recht op pijnstilling is op VSV- ROAZ- en landelijk-niveau wenselijk.
- Het is per VSV verschillend welke pijnstillingsopties er geboden worden en welke zorgverlener (al dan niet onder supervisie) deze zorg verleend.

5.2. ZORGCOÖRDINATIE

Het belang van actuele data en het doen van prospectieve en retrospectieve analyses wordt nog door veel zorgverleners onderschat. Doordacht datamanagement en trendberekeningen leveren inzicht en stuurinformatie. Meerdere acute zorgsectoren lopen voor in deze ontwikkeling, waar zorgcoördinatie in verschillende varianten wordt ingericht. Daar verbetert het processen en levert het tegelijk ondersteunende data op, om op regionaal niveau beslissingen te kunnen nemen. Binnen het ROAZ-plan moet aandacht zijn voor deze ontwikkeling en de koppeling tussen de diverse acute zorg onderdelen. De sector behoeft ondersteuning rond data verzamelen, analyseren, bespreken en erop acteren, en op het creëren van PDCA-cyclussen. De opschaling van het dashboard Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) is hierin een eerste stap om een land dekkend dashboard in te richten wat met toekomstige aansluiting op het integraal geboortezorgdossier en de innovatiebeheercyclus (zie hoofdstuk 7.3.2), de basis kan zijn voor diverse uitbreidingsmogelijkheden rond inzicht, datamanagement en zorgcoördinatie op regionaal en landelijk niveau. Uitbreidingsmogelijkheden en alternatieve vormen van coördinatie rond patiëntenspreiding en met name personeelsuitwisseling in de geboortezorgketen zijn op enkele uitzonderingen na nog een relatief onontgonnen terrein. Hier ligt een taak voor de Federatie van VSV's en



de LNAZ om beschikbare kennis uit de regio's te verspreiden en verbinding te maken tussen acute zorgsectoren en tussen ROAZ-regio's. Hierbij past afstemming met de zeven regionale consortia behorende bij het landelijk Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg (NRCG) die een rol spelen in het verspreiden van kennis en kwaliteit in de geboortezorg. Paragraaf 7.3 gaat verder in op de nood aan versnelling van de dataverzameling.

5.3. SAMENWERKING IN DE REGIO

Uit de beleidsagenda van de minister spreekt een toekomst voor de acute zorg vormgegeven in de ROAZ-regio's. Belangrijk hierbij is te beseffen dat acute geboortezorg één van de acute zorg pijlers is en daarmee een essentieel onderdeel van een groter geheel. Afstemming is nodig vanuit de vraag hoe zich de ontwikkelingen binnen de acute geboortezorg verhouden tot die in de andere acute zorg sectoren en welke invloed zij hebben op elkaar. De verantwoordelijkheid voor zo'n masterplan wordt logischerwijs bij het ROAZ belegd. Juist daar waar de zorgverleners aanlopen tegen de grenzen van de huidige wet- en regelgeving, is gezamenlijk optrekken van het VSV met het ROAZ en als ROAZ-regio de meest kansrijke manier om vooruitgang te kunnen boeken.

Het gegeven dat de acute geboortezorg in een ziekenhuis buiten de andere acute zorg om geregeld wordt is een aandachtspunt, maar biedt mogelijk ook voordelen. Wanneer er bijvoorbeeld aanleiding is tot concentratie van zorg, hoeft concentratie van geboortezorg daardoor niet parallel te lopen met concentratie van bijvoorbeeld SEH's. Een deel van de subacute zorg en spoedzorg blijft dan nog wel mogelijk om te concentreren. Afhankelijk van de geografische situatie is ook de eerstelijns geboortezorg in meerdere regio's of subregio's te concentreren zonder level 1-IC en interventieradiologie, denk hierbij aan geboortecentra of een verloskundigenpost. Echter, geen enkele acute zorg pijler staat op zichzelf en verdergaande veranderingen hebben altijd gevolgen voor de hele zorgketen. Dit complexe samenspel kan enkel met de ROAZ en vanuit de ROAZ-regio worden opgepakt.

5.3.1. ROAZ-PLAN

Zoals eerdergenoemd ligt bij elk ROAZ-bestuur en -bureau de opdracht vanuit het IZA om tot een ROAZ-plan te komen voor het organiseren van toekomstbestendige acute zorg, waarbinnen acute geboortezorg. Diverse recent gepubliceerde criteria behorende bij het IZA (allen te vinden op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl) geven hier richting aan. Relevant voor de acute geboortezorg is het document Criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2023). Dit schetst dat voorafgaand aan het ROAZ-plan een ROAZ-beeld dient te worden opgesteld dat voldoet aan specifieke criteria, waarbij 'acute verloskunde' een vereist onderdeel is (Ministerie van Volksgezondheid



Welzijn en Sport, 2023, p. 5). Het ROAZ-beeld geeft inzicht in het aanbod van acute zorg in de regio, als vertrekpunt voor het ROAZ-plan. VWS legt in dit document de volgende tijdslijn vast:

- Regionale partijen gaan vanaf januari 2023 samen aan de slag.
- Het eerste ROAZ-beeld wordt uiterlijk na afloop van het tweede kwartaal van 2023 openbaar gemaakt via de website van Juiste zorg op de juiste plek (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023), zodat het voor alle partijen inzichtelijk is (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2023, p. 6).
- Het ROAZ-plan wordt vóór 1 januari 2024 openbaar gemaakt via dezelfde website zodat het voor alle partijen inzichtelijk is (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2023, p. 7).

De afgelopen maanden zijn de ROAZ- beelden en plannen tot stand gekomen, waarbij in wisselende mate de VSV's betrokken zijn en de geboortezorgsector beschreven. Voor zowel VSV's als organisaties binnen VSV's is het cruciaal bij de vertaalslag van plan naar uitvoering niet het eigen belang vanuit de organisatie voorop te stellen. Focus daarbij eerst op de processen die de meeste winst opleveren voor het beschikbaar maken van acute geboortezorg, neem hiervoor bijvoorbeeld de meest voorkomende verwijzindicaties uit hoofdstuk 2.3. Bij de verdere vertaalslag van het ROAZ-plan voor de acute geboortezorg kan gedacht worden aan het verlenen van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, maar ook aan procesaanpassingen, zorgcoördinatie en aan preventie van zorg: het voorkomen van of het niet (meer) doen. Dit alles kan niet zonder nauwe samenwerking en afstemming met de VSV's en de daarbinnen betrokken disciplines en organisaties. Zo kan er op basis van goede voorbeelden nog meer zorg thuis geleverd worden al dan niet onder regie van het ziekenhuis (bijvoorbeeld thuismonitoring).

In bijlage 2 is het format te vinden dat de Federatie van VSV's in februari 2022 publiceerde om VSV's te helpen die tegen toegankelijkheid van de acute geboortezorg aanliepen en/of aan de slag wilden met de capaciteitsproblemen. Alhoewel dit het grotere geheel van de ROAZ-regio en brede acute zorg van beperkte input zal voorzien, kan het een helpende aanzet zijn voor ROAZ-beelden en ROAZ-plannen in regio's die zelf worstelen met het vormgeven van de opdracht voor de geboortezorgsector.

Neem in het plan ook een incidenten meldingsprocedure op en zorg direct voor koppeling in de PDCA-cyclus van het VSV. Draag als regio zorg voor een laagdrempelig transparant meldsysteem voor incidenten, bijna incidenten en suboptimale zorg. Koppel hieraan een vervolgpcedure, zodat analyse en verbeteracties kunnen worden gedaan. Hierdoor ontstaat een meldsysteem op drie niveaus: transmuraal incident melden (TIM) op VSV-niveau, een meldsysteem op ROAZ-niveau en calamiteiten via de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Streef naar een veilige meldcultuur, omdat dit openheid en transparantie



behoeft en geen anonimiteit. Hierbij is het in principe niet nodig de IGJ te informeren als het niet om calamiteiten gaat, zeker niet wanneer er nog geen integrale analyse is gedaan en een melding eenzijdig wordt ingestoken. Er zitten altijd meerdere kanten aan een verhaal.

5.4. ACUTE ZORG VERSUS PREVENTIEVE ZORG

Acute zorg voelt urgenter dan preventieve zorg, terwijl een deel van de oplossing juist te vinden is in preventie. Voor andere vormen van acute zorg lijkt het evident dat hierop ingezet moet worden, kijkend naar bijvoorbeeld het hoge percentage onnodige opnames op de huisartsenpost en spoedeisende hulp. Dit geldt ook voor de geboortezorg waar sprake is van een hoog percentage opnames vanuit lokaal besloten inleidindicaties, of opname-indicaties ter observatie van het kind om ieder risico uit te sluiten, terwijl dit opnamemogelijkheden verhindert voor meer hulpbehoevenden, met risicovolle situaties en suboptimale geboortezorg tot gevolg.

Naast preventie door het opnieuw kritisch kijken naar opname-indicaties, is preventie ook gericht op het krijgen van minder aanbod in de acute zorg en spoedzorg. Preconceptiezorg, gezonde leefstijl en een stabiel sociaal welzijn van de (aanstaande) ouders verminderen de aantallen zwangeren met obesitas en middelengebruik, het percentage prematuriteit (te vroeg geboren kinderen), dysmaturiteit (kinderen met een te laag geboortegewicht), het overlijden van kinderen tijdens de zwangerschap of rond de geboorte en zwangerschaps- en bevallingscomplicaties (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018, pp. 8,9).

Preventieve geboortezorg volgt de levensloop van koppels gedurende hun (aanstaande) zwangerschap en geboorte en vorming van het nieuwe gezin. Hier speelt passende medische en sociale zorg en begeleiding een cruciale rol. Niet voor niets onderschrijven we inmiddels landelijk met alle partijen in zorg- en welzijn dat inzet op gezondheid en sociale problematiek verreweg het meest effectief is voor en rond de geboorte van een kind (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022, p. 5).

Er is dus meer te doen dan alleen de acute geboortezorg toegankelijk te houden. Vanuit het IZA moet een transitie op gang komen in de gehele gezondheidszorg. Parallel aan de in paragraaf 5.3.1 genoemde ROAZ-beelden en ROAZ-plannen, vormt het IZA daarom de opdracht voor Regio-beelden en Regio-plannen (zie www.juistezorgopdejuisteplek.nl voor alle documenten) voor alle recent gepubliceerde criteria behorende bij het IZA. Hierbij ligt de focus op het bevorderen van gezondheid en inzet op preventie. Binnen de geboortezorgsector betreft deze 'regio' veelal (sub)regio's die domeinoverstijgend samenwerken aan preventie in de geboortezorg en aan de ketenaanpak aansluitend op het landelijke actieprogramma Kansrijke Start (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Dit vraagt voor de ROAZ-regio en haar VSV's een gezamenlijk optrekken met de (sub)regio's die onderdeel uitmaken van de vaak grotere ROAZ-regio. ROAZ-plannen en Regio-plannen dienen op elkaar



aan te sluiten en maximaal in te steken op preventie om zowel reguliere als acute (geboorte)zorg toegankelijk te kunnen houden.

In de regio dient een zorgvuldige afweging plaats te vinden hoe voor de langere termijn een slagvaardige, integrale geboortezorgstructuur kan worden neergezet. Eén die rekening houdt met de speerpunten uit het IZA en de samenhang tussen het regionale ROAZ-plan en de desbetreffende Regio-plannen. Dit wordt een zoektocht naar de balans tussen de acute en preventieve veranderopgave (met keuzevrijheid en zorg dichtbij) met beiden een eigen context, netwerk en veelal een verschil in de meest effectieve schaal.



FIGUUR 9. RICHTING KORTE TERMIJN UIT INFOGRAPHIC IZA (ActiZ, GGZ, FMS, InEen, et al, 2022)

De vertaalslag van de speerpunten uit het IZA voor de geboortezorgsector focust op:

1. Passende zorg waar mogelijk met veilige en toegankelijke zorg in (sub)acute en spoedsituaties.
2. Basiszorg dichtbij, laagdrempelig en gericht op preventie die de ontwikkelingslijn volgt van kind en gezin via eerstelijns verloskunde, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Waar nodig opgeschaald door 2e en/of 3e lijns obstetrische of kindergeneeskundige zorg. Vanuit ROAZ-perspectief kan dit betekenen dat je dit in samenwerking met meerdere VSV's doet.
3. Versnelling naar digitalisering en gegevensuitwisseling.
4. Regionaal en domeinoverstijgend samenwerken, juist ook met het medisch-sociaal (JGZ) en sociaal domein.
5. Aandacht voor werkdruk en werkplezier.



6. Er is een kritisch geluid nodig vanuit de regio's gericht op de belemmerende verkeerde financiële prikkels en afhankelijkheid van zorgverzekeraars om tot de benodigde verbeteringen te komen.

6. REGIE OP TOEKOMSTBESTENDIGE ACUTE GEBORTEZORG

Het aanpakken van de capaciteitsproblemen en andere uitdagingen die er liggen in de geboortezorg vraagt om een nieuwe manier van denken. In paragraaf 5.4 werd hier al kort aan gerefereerd. Hoewel elke zorgverlener zijn eigen expertise heeft moet men met elkaar aan de slag in het bedenken van oplossingen. Met elkaar hebben we in Nederland een zorgwekkende en toenemende discrepantie tussen zorgvraag en aanbod en met elkaar moeten we die oplossen. Dat betekent dat we in de ROAZ-regio's gezamenlijk moeten kijken naar oplossingen en dat betekent aanpassen en (des)investeren (soms is het verstandig te kiezen ergens mee te stoppen). Belangrijk is om dit samen te doen in het belang van goede zorgverlening, met oog voor alle belangen.

Werkplezier, voldoende uitdaging en doorgroeimogelijkheden en de werk-privé balans zijn daarbij thema's die niet onderschat mogen worden. Kijkend naar de arbeidsmarkt spelen deze factoren een rol bij zowel het verhogen van de instroom als het verlagen van de uitstroom van zorgpersoneel.

Het betekent nu al dat meerdere regio's momenteel andere regio's helpen om de zorgvragen op te vangen. Dit hoeft niet blijvend te zijn, maar het is op dit moment wel een deel van de huidige oplossing. Het ene VSV en de ene ROAZ-regio heeft in dat opzicht meer geluk of pech dan de andere, puur op basis van topografische ligging. Van daaruit bezien is het logisch om als VSV en ROAZ-regio met andere regio's mee te denken in eventuele oplossingen binnen en tussen de regio's. Echter, als we kijken naar de prognoses op de arbeidsmarkt voor de komende jaren, zoals beschreven in hoofdstuk 2, komen op termijn alle regio's in de problemen als er geen hervormingen in de zorg optreden. Daarom is het van belang dat alle regio's en zorgverleners de noodzaak tot veranderen van zorg zien.

6.1. GOVERNANCE VRAAGSTUK

Aan deze veranderopgaven ligt een complex governancevraagstuk ten grondslag. Zowel binnen de ROAZ-structuur met een bestuurlijke laag zonder doorzettingsmacht als binnen en tussen VSV's. Er moet in



de aanloop naar het ontwerpen en uitvoeren van een ROAZ-plan, nagedacht worden waar besluitvorming plaatsvindt, wie hierin gemandateerd is/wordt en hoe deze op een gelijkwaardige manier tot stand komt.

De huidige versnipperde geboortezorgsector dient helaas niet altijd het belang van de zwangere, het kind en gezin. Er is, zoals eerdergenoemd en door diverse partijen geuit, nood aan regievoering op landelijk niveau. Dit is ingewikkeld omdat de uitvoerende partijen in de lead zijn en landelijke regie dan niet passend en wenselijk is. Meer kaderstellend en meer verbindend behoort echter wel tot de mogelijkheid en voor de acute geboortezorg doet de Federatie van VSV's met dit visiedocument hiervoor een eerste aanzet. Ook de LNAZ is een organisatie die het belang van het multidisciplinaire werkveld dient vanuit een integrale benadering. Dit verschilt van de monodisciplinaire beroepsverenigingen of brancheorganisaties in de geboortezorg en het College Perinatale Zorg (CPZ), opererend in opdracht van deze organisaties. De samenwerking met deze partijen is tegelijkertijd essentieel om verder te komen. Al deze partijen moeten meegenomen worden in dit transitietraject en bij hen is enorm veel kennis beschikbaar. Hierbij is het voor ons als Federatie van VSV's relevant om niet uit het oog te verliezen dat acute geboortezorg een onderdeel uitmaakt van een groter geheel binnen de gezondheidszorg in het algemeen en de acute zorg in het bijzonder. Met als aandachtspunt voor het aanpakken van deze problematiek de beweging naar gezondheid en preventie, zoals beschreven in hoofdstuk 5.



7. RANDVOORWAARDEN

We beschrijven enkele belangrijke randvoorwaarden om op ROAZ-regionaal- en VSV-niveau te kunnen starten met de ontwikkeling naar een toekomstbestendige acute geboortezorgsector.

7.1 GEBOORTEZORGVERLENERS EN MONODISCIPLINAIRE GEBOORTEZORGORGANISATIES

7.1.1 INTEGRALE ZORG IS BELANGRIJK

De enige manier om de acute geboortezorg toegankelijk en veilig te houden, is door integrale acute geboortezorg met elkaar vorm te geven, te realiseren en door te ontwikkelen. In gezamenlijkheid en met begrip en respect voor ieders belangen en kwetsbare positie. Vanuit een multidisciplinaire aanpak de complexe knelpunten in de geboortezorg ketenbreed benaderen is het meest kansrijk.

7.1.2 TOEKOMSTBESTENDIGE INTEGRALE RICHTLIJNEN

Landelijke richtlijnen zullen integraal opgesteld moeten worden. Richtlijnen op ROAZ-regionaal niveau zijn niet wenselijk, omdat er verschillen blijven bestaan, wat met name in de grensgebieden tot problemen blijft leiden en cliënten ook naar buiten de regio verhuizen. Bij het opstellen zal voortaan meegewogen moeten worden hoe implementatie gerechtvaardigd is binnen de toenemende capaciteitstekorten. Wanneer nieuwe richtlijnen de zorgvraag laten toenemen, moet de noodzaak integraal onderschreven worden en zal bekeken moeten worden waar op een ander vlak afname van zorgvraag kan worden gegenereerd onder het mom: 'iets erbij is iets anders eraf'. Hetzelfde geldt voor het reduceren van onnodige administratieve belasting. De basis dient vlot, multidisciplinair en degelijk onderbouwd op landelijk niveau uitgewerkt te worden, met daarbinnen omschreven waar ruimte/noodzaak is voor regionale of lokale inkleuring.



7.2 ZIEKENHUIZEN

7.2.1 TRANSPARANTIE ROND FINANCIERING

Veranderingen doorvoeren gericht op de houdbaarheid van de acute geboortezorg in en met de VSV's betekent veelal taakverschuivingen richting de 1e lijn of procesaanpassingen die tot omzetverlies van het ziekenhuis leiden. Taakverschuiving van wat tot op heden als medische zorg werd beschouwd, zal veelal vorm krijgen vanuit een bepaalde mate van shared care (met wellicht gezamenlijke financiering als randvoorwaarde). Transparantie over de impact van veranderingen op alle partijen maar in het bijzonder het ziekenhuis en over de financiële conditie waarin het ziekenhuis zich bevindt (met de daarmee samenhangende ruimte om te schuiven dan wel nood aan transformatiegelden) is een vereiste om als samenwerkingsverband en binnen een ROAZ-regio een realistisch verandertraject te kunnen uittekenen. Juist hierom is een overstijgende gezamenlijke aanpak als regio en met het ROAZ van belang, zodat preferente zorgverzekeraars aan tafel zitten en worden uitgedaagd mee te denken in oplossingsrichtingen. Het werkt belemmerend voor een groot aantal regio's als de zorgverzekeraars in dit geval de randvoorwaarde blijven stellen een integrale geboortezorgorganisatie te worden voor er gesproken kan worden over ruimte voor transformatiegelden of ontwikkelondersteuning. Nieuwe kansen voor transformatiemiddelen worden nu geboden vanuit de in de hoofdstukken 4 en 5 beschreven ROAZ-plannen en Regio-plannen. Het bij het IZA horende document Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen geeft hier meer inzicht in (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023).

7.2.2 TRANSPARANTIE EN COMMUNICATIE ROND (OPSCHORTING) BEHANDELCAPACITEIT

Het komt voor dat ziekenhuizen besluiten dat (en wanneer) een verbouwing of centralisatie gaat plaatsvinden, zonder overleg of via last minute overleg met de VSV-partners, overige betrokken partijen en aangrenzende ziekenhuizen. Vanwege verzuim of ICT-updates komen landelijk ook geregeld dag(deel) of weekendsluitingen voor. Afstemming waar de acute en niet planbare bedden capaciteit naartoe verplaatst moet en zowel draagvlak vanuit, als compensatie voor mee verplaatsen van wel beschikbaar zorgpersoneel vindt niet tot nauwelijks plaats.



De IGJ zegt hierover het volgende in de Leidraad continuïteit van zorg & jeugdhulp (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), 2022, p. 2)

“Per 1 januari 2022 zijn de AMvB over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van acute zorg (wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz) en de bijbehorende ministeriële regeling in werking getreden. Hierin is bepaald dat aanbieders van acute zorg die overwegen het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen, een zorgvuldig besluitvormingsproces moeten doorlopen

met andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en inwoners. De zorgaanbieder moet melding doen bij de IGJ en onder andere een continuïteitsplan opstellen dat aan bepaalde eisen voldoet en dat moet worden voorgelegd aan de IGJ, andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het ministerie van VWS heeft een stroomschema gepubliceerd dat laat zien welke stappen een aanbieder van acute zorg exact moet nemen.”

Dit stroomschema (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022) waar naar verwezen wordt in bovenstaand citaat laat op eenvoudige manier zien dat ook bij kortdurende opschorting van acute zorg (<2 weken), zoals een weekendsluiting, diverse acties in het stroomschema opgevolgd horen te worden.

7.3 MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID WELZIJN EN SPORT EN LNAZ

7.3.1 FINANCIËLE IMPULS

Financiering voor zorgverleners om tijdsinvestering in een lange termijnplan mogelijk te maken. Financiering volgend op het VSV-Basiskader biedt hiervoor mogelijk een eerste aanzet. Gezien de complexiteit van de huidige subsidieaanvraagprocedures en de tijd die dit van de zorgverleners vraagt ten koste van patiëntenzorg, willen wij pleiten voor een minder bureaucratisch traject. Wij denken dit te kunnen stroomlijnen als we hier zowel voor de VSV's als voor de Federatie de middelen voor krijgen waar we sinds enkele jaren voor pleiten.



7.3.2 VERSNELLING ROND DATA-VERZAMELING EN ANALYSE

Actuele ondersteunende data onderbouwd en versnelt veranderingsprocessen. Het LPZ-dashboard biedt rechtstreekse data over beschikbaarheid van spoedzorgplekken voor digitale zorgcoördinatie zonder nood aan extra capaciteit. Implementatie en uitbreiding van het LPZ-dashboard op landelijke uniforme wijze, geeft een schat aan sturingsinformatie om analyses op te doen op VSV-, ROAZ- en landelijk-niveau. Ook dit behoeft een zekere mate van landelijke regie met eventuele doorontwikkeling op regionaal niveau waar nood is aan specifieke of verdergaande indicatoren. Zorgverleners moeten ontlast worden van het ontsluiten van data en het opmaken van (trend)analyses op VSV en regionaal niveau. Hierbij is een samenwerking wenselijk met het LNAZ en de ROAZ- bureaus.

Relatief eenvoudig is de uitbreiding met registratiemogelijkheden van weigeringen van spoedzorg en reguliere natale zorg. Een koppeling met de ontwikkelingen rond het Integraal Geboortezorgdossier om data over aantallen uitgerekende zwangeren binnen de LPZ-analyse mee te kunnen nemen vraagt meer aandacht, hier liggen kansen in samenwerking met het integraal geboortezorgdossier en de innovatie- en beheercyclus². Een derde behoefte vanuit regio Utrecht is het in crisisperioden voor de regio inzichtelijk maken van in de eerste lijn in partu zijnde vrouwen zodat gedurende de dag de actuele vraag en het planbare aanbod maximaal op elkaar aan kunnen sluiten.

Landelijke gevalideerde en op wet- en regelgeving getoetste uniformiteit en beschikbare gegevens gaan nodig en helpend zijn. Mogelijk lijkt zo'n uniforme basisset voor de eigen regio in eerste instantie een achteruitgang met wat er lokaal zelf bedacht is. Echter, de aard en ernst van de problemen vergen een goed gecoördineerde aanpak vanuit een landelijk eenduidig plan. Van daaruit kan een regionale aanpak worden uitgewerkt, waarbij telkens scherp, kritisch en realistisch de verbinding gezocht wordt als essentieel onderdeel van een groter geheel. Met name in geval van data en ict: er moet altijd klein en smal gestart worden, zich houdend aan de landelijke data- en ict-voorwaarden, waarvandaan verder gaat worden gebouwd.

7.3.3. SYSTEEMAANPASSINGEN

Op termijn zijn er systeemaanpassingen nodig die buiten onze cirkel van invloed liggen. In onze ogen liggen deze taken bij de overheid, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland. Maar ook bij de innovatiebeheercyclus op datagebied in de geboortezorg, waarin wel een taak is weggelegd voor de Federatie van VSV's.

Wet- en regelgeving dienen ondersteunend te zijn aan de transformatieopgaven in de zorg, in plaats van belemmerend. Uit dit document blijkt dat we niet anders kunnen dan met elkaar gezamenlijke

² Ontwikkeltraject met landelijke partijen in geboortezorg waarin men landelijke afspraken maakt over het organiseren, bewaken en beheren van digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg (Carecodex, 2024)



afspraken maken om de zorg toegankelijk en veilig te houden. Dat we data moeten delen en transparant moeten zijn naar elkaar en over cijfers. En gezamenlijke afspraken als zorgaanbieders, overstijgend aan het eigen belang, vragen ook om gezamenlijke afspraken als zorgverzekeraars, overstijgend aan het eigen belang.

Een laatste punt van aandacht is dat de grens van risico-vermijdende zorg is bereikt. Zorg 'voor de zekerheid' gaat ten koste van capaciteit en opnameplekken voor (sub)acute en spoedzorg en daadwerkelijk zorgbehoevende vrouwen en pasgeborenen. Er zullen ingewikkelde en soms ethische keuzes gemaakt moeten gaan worden: wat doen we wel/niet, wat is houdbaar en haalbaar en wat is vanuit integraal perspectief echt noodzakelijk.

Zowel keuzes rond wat we niet of niet meer kunnen doen als zorgverleners en de keuzes in zorgverlening van acute geboortezorg, behoeft aandacht voor de beleving en ervaring van de zorgverleners. Uit zorg voor hen én vanuit het risico op uitval en ziekteverzuim (de zorgverlener als 'second victim') is het belangrijk om meer aandacht te hebben voor het omgaan met belastende ervaringen op de werkvloer. Naast het creëren van een veilige omgeving voor Transmuraal Incident Melden (TIM), is er helaas nog een wereld te winnen is als het gaat om zorg voor de zorgverlener.



8. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De acute zorg staat onder druk door een combinatie van toenemende arbeidsmarktproblematiek en een verhoogd en verzwaard aantal zorgvragen. Hervormingen in de gehele acute zorgsector zijn nodig. Vanuit het IZA heeft elk ROAZ-bureau de opdracht om tot een ROAZ-plan te komen voor deze hervormingen. De acute geboortezorg vormt een essentieel onderdeel binnen deze grote ROAZ-regionale opgave. Dit vraagt om een nauwe samenwerking en afstemming tussen het ROAZ-bestuur en -bureau en het werkveld: de VSV's (met de daarbinnen betrokken disciplines en organisaties) in de ROAZ-regio.

Dit visiedocument beoogt met zijn integrale visie en uniforme begripsbepaling richtinggevend te zijn bij het ontwerpen en uitvoeren van de geboortezorgpijler van het ROAZ-plan. Uit het document komen een aantal kernelementen als aanbevelingen naar voren.

AANBEVELINGEN VOOR VSV'S EN GEBORTEZORGVERLENERS

1. **Draag als VSV zorg voor de juiste volgorde** voor er tot uitvoering van een ROAZ-plan kan worden overgegaan. Bewustwording, urgentiebesef en gedeelde verantwoordelijkheid moeten een stevig fundament gaan vormen binnen ieder VSV.
2. **Gebruik informatie uit datamining.** Inzichten in cijfers en verwijzingen kunnen veel inzichten geven en bevatten potentiële oplossingsrichtingen.
3. **Hanteer de voorgestelde uniforme begripsbepaling.** Dit helpt enerzijds om het speelveld voor de professionals te verhelderen, anderzijds biedt het ook handvatten om verbeteringen te concretiseren in de regio. Binnen en tussen VSV's bestaan nog geen op elkaar aansluitende afspraken. Dit is met name een knelpunt rond geboortespoedzorg. Werk als partners in het VSV hierbij met een uniforme triageprocedure.
4. **Zorg voor betere voorlichting aan cliënten/patiënten.** Met de uniforme duiding van acute en subacute geboortezorg én geboortespoedzorg zijn er concrete handvatten om met de patiënt het verwachtingsmanagement op gelijkwaardige basis met elkaar te bespreken. Het biedt ruimte om afspraken te maken over passende zorg waar mogelijk en veilige en toegankelijke zorg in (sub)acute en spoedsituaties.
5. **Zorg voor directe verbinding met PDCA-cyclus van het VSV.** Hierdoor wordt acute geboortezorg, inclusief meldsysteem bij incidenten, een vast onderdeel van de kwaliteitsfocus van elke VSV en worden de evaluatie en doorontwikkeling geborgd.



6. **Houdt het maatschappelijk belang voor ogen.** We roepen alle partijen op om gezamenlijk te streven naar een integrale aanpak, waarin ook preventie een belangrijke plaats inneemt. Dit vraagt het met elkaar op basis van gelijkwaardigheid toewerken naar passende zorg waar mogelijk, met veilige en toegankelijke zorg in (sub)acute en spoedsituaties.

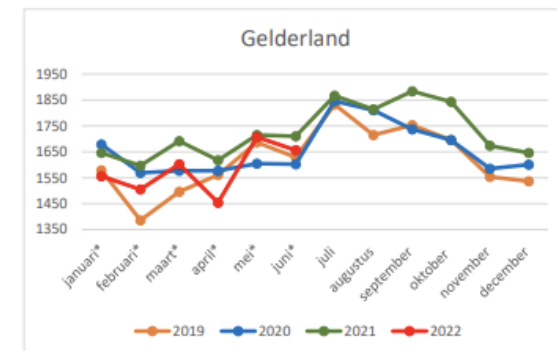
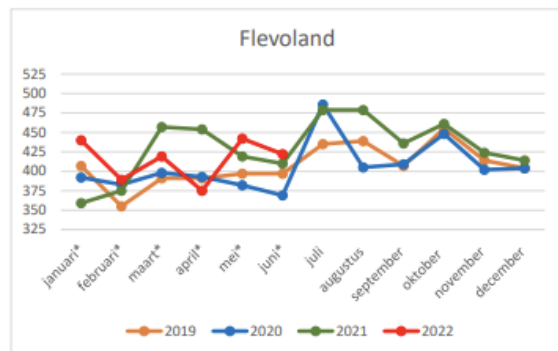
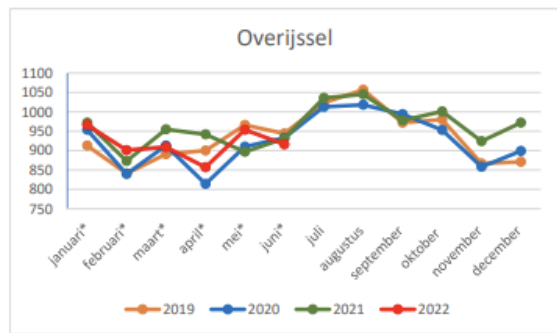
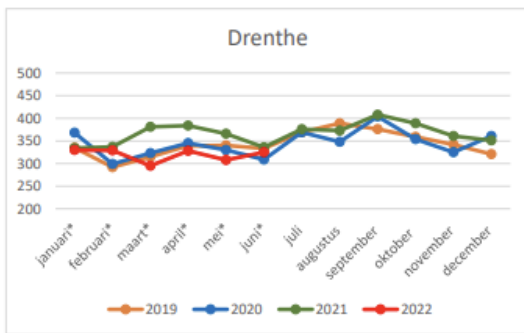
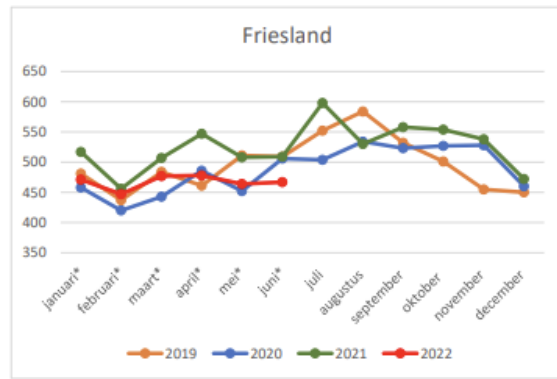
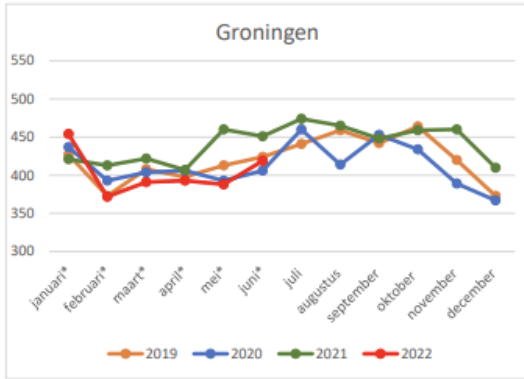
AANBEVELINGEN VOOR HET MINISTERIE VAN VWS, LANDELIJKE EN REGIONALE PARTIJEN

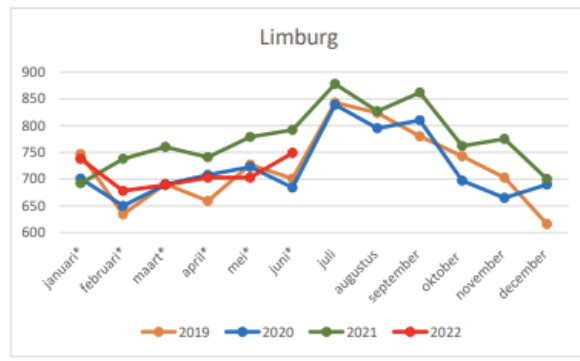
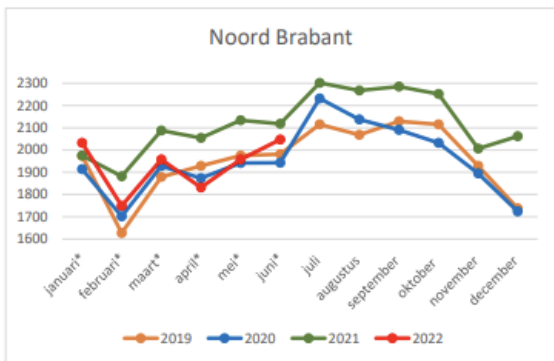
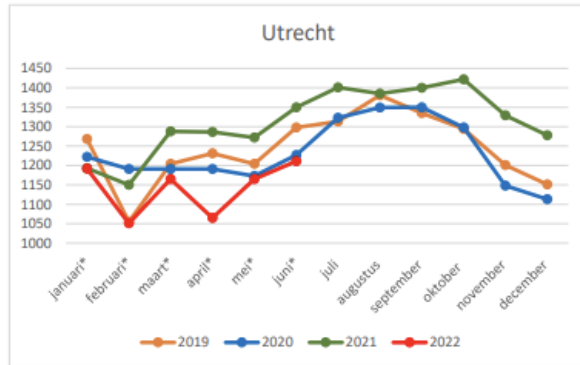
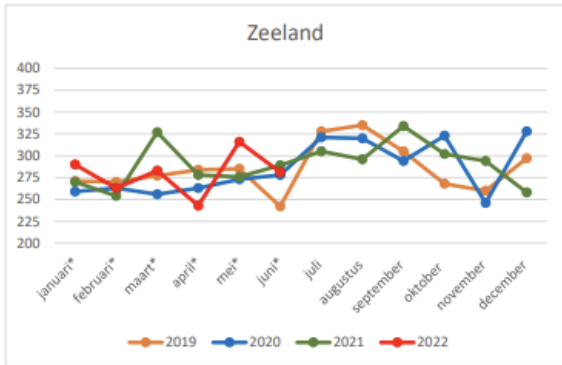
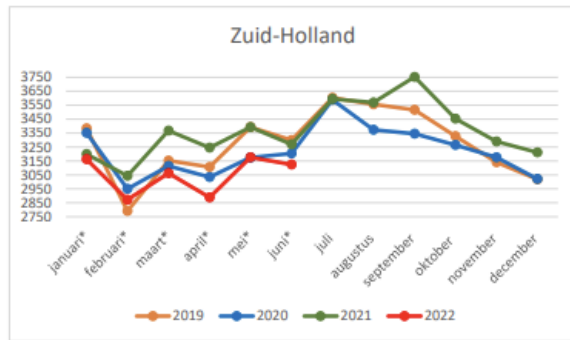
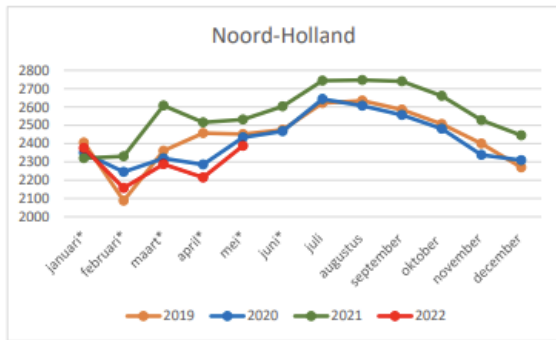
7. **Schep randvoorwaarden.** Om als ROAZ-regio aan deze opgave te kunnen voldoen zijn de randvoorwaarden zoals geschetst in hoofdstuk 7 in onze ogen van cruciaal belang. Ieder die zijn organisatie als eigenaar ziet staan bij deze randvoorwaarden pakt hierin zijn verantwoordelijkheid.
8. **Benut de ketenbrede mogelijkheden van de Federatie van VSV's** als integrale belangenbehartiger voor verbinden en kaderstellen. Regievoering op landelijk niveau is ingewikkeld maar de Federatie van VSV's kan met/na goedkeuren van de VSV's wel daadkrachtig optreden omdat zij het belang van het multidisciplinaire werkveld dient. De Federatie van VSV's kan gezamenlijk met de VSV's de verantwoordelijkheid nemen om de benodigde systeemaanpassingen uit te werken. De realisatie komt echter altijd in de regio tot stand. De Federatie van VSV's heeft de taak om de VSV's hierbij te ondersteunen. Dit doet de Federatie vanuit landelijke expertise en aansturing, waar wenselijk komen we naar de regio en/of trekken we gezamenlijk op met de regionale consortia. Het LNAZ ondersteunt tegelijkertijd de ROAZ-en. Hierbij moet men zich bewust zijn van de gelaagdheid op de niveaus LNAZ-ROAZ en Federatie van VSV's-VSV's. Het is belangrijk dat tussen deze niveaus een besluitvormende structuur komt om slagvaardig te kunnen zijn.
9. **Betrek de Federatie van VSV's bij verdere ontwikkeling van voor de acute geboortezorg relevante kwaliteitsnormen.** De Federatie van VSV's doet een dringende oproep aan minister Kuipers om ons te betrekken bij zijn opdracht aan het ZiN betreft de kwaliteitsnormen rond voor de geboortezorg relevante tijdkritische aandoeningen.



BIJLAGE 1 | GEBOORTECIJFERS PER PROVINCIE

(BO Geboortezorg, sd)





BIJLAGE 2 | ONDERDELEN VAN EEN VSV-CAPACITEITSPLAN

- A. Data verzamelen, analyseren, bespreken en erop op acteren:
Inzicht is een randvoorwaarde om te kunnen anticiperen op de zorgvraag.
1. Inzicht prospectief in prognose eigen atermen (landelijke oplossing laat nog op zich wachten)
 - a. Voor nu 1^e en 2^e lijn inzicht geeft dubbelingen maar trendanalyse is hiermee te doen
 - b. Vanuit kraamzorg voorkomt dubbelingen en is sneller
 2. Inzicht retrospectief in aantallen partus per VSV
 - a. Gesplitst in 1^e (+ locatie) en 2^e lijn
 3. Inzicht in de beperkingen op keuzevrijheid
 - a. Bijhouden aantal barenden die ongewenst niet in eigen ziekenhuis terecht kan door 1^e lijn.
 - b. Bijhouden aantal zwangeren/pasgeborenen die ongewenst uitgeplaatst worden uit eigen ziekenhuis door 2^e lijn.
 - c. Bijhouden extra aangenomen aanbod van buiten het VSV (externe beïnvloedende factor).
 - d. Over welk % heb je het dus hoe groot is je probleem, en neemt dit komende maanden toe of af?
- B. Anticiperen op de actuele en te verwachten zorgvraag en de grootte van het probleem zoals inzichtelijk gemaakt in deel A:
4. Capaciteitsinzicht in alle relevante functies binnen het VSV van invloed op de capaciteitsproblemen (denk breed, kan soms bv ook schoonmaak zijn)
 - a. Tekort – Dreigend tekort – Krap (voldoende maar dreigend tekort in vakanties, tijdens covid) – Voldoende. Houdt rekening met toekomstige structurele enorme tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector.
 5. Actieplan korte termijn:
 - a. Bijna overal is een efficiëntie-slag te maken wanneer er ruimer gedacht wordt, denk in oplossingen niet in problemen, doe geen aannames
 - b. Welke noodoplossing is er mogelijk om weigeringen/overplaatsingen te voorkomen?
 6. Actieplan lange termijn:
 - a. Verhogen instroom
 - b. Verlagen uitstroom
 - c. Hoe kunnen zorgprocessen anders worden ingericht om het aanbod op de actuele zorgvraag af te stemmen. Houdt rekening met toekomstige structurele enorme tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector.



7. Is er een tekort aan bedden naast (of in plaats van) het tekort aan personeel (dit is soms het geval bij fusies en concentraties)?
 - a. Zo ja, plan van aanpak nodig!

- C. Afname van capaciteitsproblemen door afname van de zorgwaarte:
8. Actieplan gericht op verlagen verwijscijfers: verzamelen, analyseren, anticiperen
 - a. Hoe kan de zwangere zelf bijdragen?
 - b. Welke kleine quick wins zijn er te behalen?
9. Substitutie van zorg gericht op ontlasten van de beroepsgroepen die onder druk staan
 - a. Welke kleine quick wins zijn er te behalen?
10. Welke preventieve interventies kunnen bijdragen
 - a. Welke kleine quick wins zijn er te behalen?



BIJLAGE 3 | AANPASSINGEN VERSIE 1.1 TEN OPZICHTE VAN VERSIE 1.0

- Toegevoegd pagina 8, hoofdstuk 1, 4e alinea:

Neonatologen en anesthesiologen

- Toegevoegd pagina 9, hoofdstuk 1.1, 2e alinea:

Dienstdoend verloskundige

- Vervangen pagina 12, hoofdstuk 1.4, eerste alinea:

Deze eerste en de hierop volgende versies van de Zorgstandaard integrale Geboortezorg benadrukken steeds het belang van een integrale aanpak in de geboortezorg.

- Toegevoegd pagina 13, hoofdstuk 1.4, 2e alinea:

Neonatologen

- Toegevoegd pagina 13, hoofdstuk 1.4, 2e alinea:

Ook de anesthesie is een belangrijke schakel in de keten, zij het geen partner in het VSV.

- Toegevoegd: pagina 22, hoofdstuk 3, 1e alinea:

Als Federatie verkennen we momenteel of doorontwikkeling van de triagewijzer verloskunde (Nederlandse Triagewijzer Verloskunde, 2024) hier een helpend instrument voor kan zijn.

- Aangepast pagina 24, hoofdstuk 3.2.1, tabel “indicaties acute geboortezorg”

Reanimatie natte neonaat (in andere gevallen triage via 112)

- Aangepast pagina 26, hoofdstuk 3.2.2, laatste alinea:

Afspraken over spoedzorg worden per ROAZ-regio vastgelegd en kunnen dus ook per regio verschillen. Afstemming tussen aan elkaar grenzende ROAZ-regio's is hierbij noodzakelijk. Daarnaast is verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden over deze afspraken essentieel. Verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden is hierbij essentieel en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

- Aangepast pagina 26, hoofdstuk 3.2.3, laatste alinea:

Afspraken over spoedzorg worden per ROAZ-regio vastgelegd en kunnen dus ook per regio verschillen. Afstemming tussen aan elkaar grenzende ROAZ-regio's is hierbij noodzakelijk. Daarnaast is verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden over deze afspraken essentieel. Verwachtingsmanagement naar de zwangeren en barenden is hierbij essentieel en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.



- Toegevoegd pagina 26, hoofdstuk 3.2.3, laatste alinea:

Adequaat anticiperen staat of valt met eenduidige communicatie die niet multi-interpretabel is. Als Federatie van VSV's pleiten we daarom voor gebruik van een uniforme triageprocedure.

- Aangepast pagina 33, hoofdstuk 5.1, laatste alinea:

Het landelijke uitgangspunt is dat elke vrouw op haar verzoek tijdens de bevalling een medicamenteuze vorm van pijnstilling kan krijgen, dat medicamenteuze pijnstilling 24x7 beschikbaar moet zijn, dat epidurale pijnstilling de gouden standaard is en dat remifentanyl Patient-Controlled-Analgesia (PCA) aangeboden wordt conform de Standard Operating Procedure (SOP) (Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ), 2019). Dit is op papier zo geregeld maar de praktische uitvoering laat op diverse plekken door uiteenlopende redenen te wensen over. Afstemming met o.a. de anesthesiologen over haalbaarheid en recht op pijnstilling is op VSV- ROAZ- en landelijk-niveau wenselijk.

- Aangepast pagina 34, hoofdstuk 5.2, eerste alinea:

wordt nog door veel zorgverleners onderschat.

- Aangepast pagina 34, hoofdstuk 5.3, tweede alinea:

Een deel van de subacute zorg en spoedzorg blijft dan nog wel mogelijk om te concentreren. Afhankelijk van de geografische situatie is ook de eerstelijns geboortezorg in meerdere regio's of subregio's te concentreren zonder level 1-IC en interventieradiologie, denk hierbij aan geboortecentra of een verloskundigenpost.

- Aangepast pagina 35, hoofdstuk 5.3.1, tweede alinea:

De afgelopen maanden zijn de ROAZ- beelden en plannen tot stand gekomen, waarbij in wisselende mate de VSV's betrokken zijn en de geboortezorgsector beschreven.

- Toegevoegd pagina 41, hoofdstuk 7.2.1, eerste alinea:

Taakverschuiving van wat tot op heden als medische zorg werd beschouwd, zal veelal vorm krijgen vanuit een bepaalde mate van shared care (met wellicht gezamenlijke financiering als randvoorwaarde).

- Aangepast pagina 41, hoofdstuk 7.2.2, eerste alinea:

Het komt voor dat ziekenhuizen besluiten dat (en wanneer) een verbouwing of centralisatie gaat plaatsvinden, zonder overleg of via last minute overleg met de VSV-partners, overige betrokken partijen en aangrenzende ziekenhuizen. Vanwege verzuim of ICT-updates komen landelijk ook geregeld dag(deel) of weekendsluitingen voor. Afstemming waar de acute en niet planbare bedden capaciteit naartoe verplaatst moet en zowel draagvlak vanuit, als compensatie voor mee verplaatsen van wel beschikbaar zorgpersoneel vindt niet tot nauwelijks plaats.

- Aangepast pagina 43, hoofdstuk 7.3.2, tweede alinea:

Informatie- en beheercyclus, inclusief verwijzing naar actuele site.



- Toegevoegd pagina 44, hoofdstuk 7.3.3, laatste alinea:

Zowel keuzes rond wat we niet of niet meer kunnen doen als zorgverleners en de keuzes in zorgverlening van acute geboortezorg, behoeft aandacht voor de beleving en ervaring van de zorgverleners. Uit zorg voor hen én vanuit het risico op uitval en ziekteverzuim (de zorgverlener als 'second victim') is het belangrijk om meer aandacht te hebben voor het omgaan met belastende ervaringen op de werkvloer. Naast het creëren van een veilige omgeving voor Transmuraal Incident Melden (TIM), is er helaas nog een wereld te winnen is als het gaat om zorg voor de zorgverlener.

- Toegevoegd pagina 45, hoofdstuk 8, aanbeveling 3:

Werk als partners in het VSV hierbij met een uniforme triageprocedure.

- Toegevoegd pagina 55, bijlage 2, vraag 7:

Is er een tekort aan bedden naast (of in plaats van) het tekort aan personeel (dit is soms het geval bij fusies en concentraties)?



LITERATUURLIJST

- ActiZ, GGZ, FMS, InEen, et al. (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. september.
- BO Geboortezorg. (sd). Opgeroepen op januari 10, 2023, van <https://www.bogeboortezorg.nl/geboortecijfer-juni-2022/>
- BO Geboortezorg. (sd). Opgeroepen op januari 10, 2023, van https://www.bogeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2022/08/Geboortecijfer-landelijk_regionaal-NL-juni-2022.pdf
- Carecodex. (2024, februari 11). *Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg*. Opgehaald van <https://gebruikers.babyconnect.org/page/view/105bea3a-07c1-4a11-8a25-b5a25be0f118/innovatie-en-beheercyclus>
- CBS. (sd). Opgeroepen op januari 10, 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/geboren-kinderen>
- CBS. (sd). Opgeroepen op januari 10, 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- CPZ Expertgroep . (2020). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.2*.
- CPZ Expertgroep. (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.0*.
- Federatie Medisch Specialisten. (2022). *Visiedocument Acute Zorg*.
- Gezondheidsraad. (2020). *Relatie tussen tijd en gezondheidsuitkomst voor 6 typen spoedzorg*.
- Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ). (2019, september). *Format toetsingskader IGJ, medicamenteuze pijnstilling tijdens de bevalling*. Opgehaald van <https://www.igj.nl › toetsingskaders › 2019/10/01>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). (2022). *Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp* .
- KPMG. (2012). *24/7 Acute verloskunde in het ziekenhuis*.
- Kuipers. (2022, februari 22). *Kamerbrief Toekomstbestendige acute zorg 22 februari 2022*. Den Haag.
- Kuipers. (3 oktober 2022). *Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport . (2022). *Stroomschema AMvB en regeling Acute Zorg*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Houtskoolschets acute zorg*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025. Sterke ouders, gezonde kinderen*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *De juiste zorg op de juiste plek*. Opgehaald van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2023). *Criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen*.
- Nederlandse Triagewijzer Verloskunde. (2024, februari). Opgehaald van <https://triagewijzerverloskunde.nl/>
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. (2022). *Leidraad vitaal bedreigde patiënt*.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2019). *Beleidsregel verloskunde- BR/REG-19135*.
- Perined. (sd). Opgeroepen op januari 10, 2023, van <https://www.peristat.nl/>



Perined. (sd). *Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg 2021*. Opgeroepen op januari 10, 2023, van <https://assets.perined.nl/docs/9b3b6737-4c8a-4f9c-b8bf-ff39b4813427.pdf>

Prognosemodel Zorg en Welzijn . (sd). Opgehaald van <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--breed->

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2003). *Advies Acute Zorg*.

SiRM. (2020). *Initiatieven toegankelijkheid geboortezorg: inventarisatie bij geboortezorgconsortia, ROAZ'en en landelijke partijen* .

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen. (2022). *Capaciteitsplan 2022-2025 Deelrapport 8 FZ-beroepen en Ambulanceverpleegkundigen*.

Zorginstituut Nederland. (2020). *Kwaliteitskader Spoedzorgketen*.





FEDERATIE VAN VSV'S