

Speerpunten van het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte

Moeder en kind in de hoofdrol

Het College Perinatale Zorg (CPZ) geeft aan dat zowel landelijk als regionaal veel aandacht is voor de aanbevelingen betreffende moeder en kind in de hoofdrol. De uitwerking van dit thema bij het CPZ en bij de veldpartijen vindt onder andere plaats via de volgende acties:

- Regionale zorgpaden met daarin eenduidige informatie over de inrichting van het traject van de geboortezorg, zodat de aanstaande moeder altijd weet waar ze aan toe is.
- Regionale pilots met geboortepannen. De beroepsvereniging stimuleert verloskundigen te werken met geboortepannen, een door de zwangere zelf opgestelde beschrijving van haar wensen en verwachtingen voor de bevalling. Hiervoor zijn twee formats ontwikkeld (papier en digitaal). Voor verloskundigen is een informatieblad over werken met het geboortepan gemaakt. Zie ook www.knov.nl/geboortepan.
- Onderzoek effectiviteit geboortecentra in het onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte van ZonMW.
- Pilots van de beroepsvereniging van verloskundigen met de casemanager. Er is zowel landelijk als regionaal discussie over wie de casemanager zou moeten zijn. Verschillende beroepsgroepen zien een rol als casemanager voor zichzelf weggelegd, terwijl de hoofdbehandelaar de casemanager zou moeten zijn volgens het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Het lokale zorgpad moet hierin leidend zijn. In de commissie onderwijs van het CPZ vindt een analyse plaats welke competenties nodig zijn om casemanager te vervullen.
- Informatie aan zwangeren in de vorm van voorlichtingsfolders onder andere over baringshoudingen, voorbereiding op de bevalling en omgaan met pijn.
- Uit pilots blijkt dat zwangeren het belangrijk vinden dat verloskundigen samen met de kraamzorg in 34^e week een thuisbezoek doen waarin intensievere inzet rondom de bevalling aan de orde komt. Kraamzorgorganisaties en verloskundigen gaan dit gezamenlijk uitrollen.
- In het ZonMw programma zwangerschap en geboorte wordt het concept Centering Pregnancy onderzocht. Centering Pregnancy is een vernieuwende vorm van prenatale zorg, waarin de medische controles worden uitgevoerd in groepsverband en worden geïntegreerd met drie belangrijke componenten voor de gezondheid: zelf management, ontwikkeling van kennis en ondersteuning van de zwangere.

Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder

Het CPZ geeft aan dat een groot deel van de aanbevelingen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte gericht op gezond ouder worden al begint in de baar moeder. Onder andere de activiteiten gericht op integrale geboortezorg, regionale samenwerkingsverbanden, afspraken over parallelle acties, intensieve inzet van kraamzorg, indicatoren ontwikkeling en de ontwikkeling van de preconceptie indicatielijst dragen hier aan bij. In de bijlage voortgangsverslag van het CPZ is meer informatie te vinden over de voortgang van deze activiteiten.

Goed geïnformeerde zwangere

In de afgelopen jaren hebben de betrokken veldpartijen in het project 'Kinderwens', gecoördineerd door het RIVM en met een financiële impuls vanuit VWS, in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling van preconceptievoorlichtingsmateriaal. Het project heeft geresulteerd in concrete eindproducten zoals de brochure 'Kinderen krijgen? Een goede start begint vóór de zwangerschap', de publiekswaarschuwing www.strakswangerworden.nl en de communicatietoolkit 'Zwanger worden'. Belangrijke winst van dit project is de samenwerking van de diverse partijen die een rol spelen bij de zorg voor de aanstaande zwangeren en de afstemming van een eenduidige boodschap. De betrokken veldpartijen zijn primair verantwoordelijk voor preconceptievoorlichting. Ik heb medio 2012 de verantwoordelijkheid nadrukkelijker bij het veld neergelegd. Bij het CPZ werken deze partijen samen in de commissie voorlichting en preconceptiezorg. Het CPZ neemt de website www.strakswangerworden.nl en de toolkit 'Zwanger worden' over van het RIVM.

Het CPZ zal de verantwoordelijkheid voor deze middelen tot (in ieder geval) 31 december 2013 overnemen teneinde veldpartijen te ondersteunen bij de uitvoering van de in de Commissie Voorlichting en Preconceptiezorg (PCZ) geformuleerde integrale visie op preconceptievoorlichting. Daarbij wordt verdere stroomlijning van de informatievoorziening beoogd door samenvoeging van de sites Zwangerstraks, Zwangernu, en Slikeerstoffoliumzuur op de site strakswangerworden.nl. Zwangerwijzer is wederzijds gelinkt aan strakswangerworden.nl en zal toekomstbestendig, voorzien van de uniforme boodschap, verder ontwikkeld worden. Door deze uniformering en modernisering wordt het bereik van strakswangerworden.nl verviervoudigd en dé online plek voor preconceptie informatie.

Teneinde een vergroting van het bereik van preconceptievoorlichting te realiseren zal de Commissie Voorlichting en PCZ een plan van aanpak met onder andere een publiekscampagne samen met professionals, ROC's en Jeugdgezondheidszorg verder uitwerken. Het CPZ geeft aan dat eenduidige voorlichting onderdeel zou moeten zijn van het regionale zorgpad.

Overige initiatieven:

- De Commissie Onderwijs bestudeert op welke wijze het initiële onderwijs alsmede bij- en nascholing een bijdrage kan leveren aan vergroting bewustwording en kennis op gebied van preconceptiezorg.
- Centering Pregnancy pilots in het ZonMw programma zwangerschap en geboorte.
- Zwangerschaps App's zoals de ZwangerschapsAssistent.
- De beroepsvereniging van verloskundigen heeft met 5 verloskundige praktijken de pilot Mijn Zorgplan uitgevoerd. Doel van de pilot is de ontwikkeling van een flexibel instrument toegesneden op de specifieke persoonlijke situatie van de zwangere. Zwangeren worden geïnformeerd over zwangerschap en geboorte en waardoor zij weet wat zij kan verwachten van de verloskundige zorg. De verloskundige kan digitaal de informatie die zij geeft aanpassen aan de regionale, plaatselijke en persoonlijke cliëntensituatie. De pilot is afgerond en er wordt nu gewerkt aan de verslaglegging. De ambitie is Mijn Zorgplan verder te digitaliseren voor de zwangere.
- De beroepsvereniging van verloskundigen stimuleert verloskundigen om zwangeren goed te informeren via prenatale groepsvoorlichting. Deze wordt lokaal/regionaal uitgevoerd. Ter ondersteuning heeft de KNOV een draaiboek gemaakt voor verloskundigen, ondersteund door scholing bij één van de verloskundige kenniscentra.

Samen verantwoordelijk

Meer en betere samenwerking in de hele keten is nodig om vermijdbare babysterfte te voorkomen. Met het CPZ, dat wordt gesubsidieerd door VWS, heeft het instrumenten en voorbeelden ter beschikking gekregen om gezamenlijk de kwaliteit van de verloskundige zorg actief te bevorderen. In dit college zijn immers de diverse beroepsgroepen vertegenwoordigd.

Een belangrijke taak van het CPZ is de bevordering van verbetering van de samenwerking tussen alle professionals betrokken bij de geboortezorg. Uiterlijk 1 juli 2012 zijn alle regio's verplicht een goed functionerend verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV) te hebben. In deze VSV's zijn voornamelijk verloskundigen, gynaecologen en soms kinderartsen betrokken. Een belangrijk vervolgstap is uitbreiding met overige professionals en een focus waarbij de zwangere vrouw centraal staat; eind 2013 dient dit klaar te zijn. De gedachte hierbij is dat alle zorgverleners samen verantwoordelijk zijn – met inbreng van ieders expertise – voor alle zwangeren in hun regio, ongeacht het risicoprofiel. In het integrale zorgmodel is er één poort waarachter voortdurend bekeken wordt samen met de zwangere welke zorg, door wie en op welk moment nodig is. Risicoselectie is immers geen momentopname, maar een proces dat gedurende de hele zwangerschap doorloopt. Daarbij moet ook meer dan nu aandacht uitgaan naar sociale factoren zoals leefstijl en armoede.

De regio's worden, zo zij dat willen, ondersteund door het CPZ vooral via de website www.goedgeboren.nl. De checklist regionale samenwerkingsverbanden (zomer 2012) was een eerste tool die hiervoor is ontwikkeld.

Eind september heeft het CPZ alle ziekenhuizen aangeschreven met het verzoek initiatieven te nemen om, daar waar nodig, het regionaal samenwerkingsverband tussen professionals en andere partijen te bevorderen en te faciliteren. Daarnaast is men verzocht aan het CPZ een regionale contactpersoon van de geboortezorg door te geven. Aan deze contactpersonen is veelal telefonisch gevraagd actuele samenwerkingsafspraken, overeenkomsten en zorgpaden/protocollen ter beschikking te stellen aan het CPZ. Het CPZ plaatst deze afspraken op www.goedgeboren.nl om een volledig beeld te krijgen van de samenwerking in Nederland. Publicatie zorgt er ook voor dat er een duidelijk beeld komt van de voortgang van invoering van de integrale samenwerking. Immers die integrale samenwerking zorgt voor een grote stap voorwaarts in de kwaliteit van de geboortezorg in de betreffende regio. Zo helpt het CPZ de regio's om verzekerd te zijn van kwalitatief goede zorg aan de aanstaande moeder en kind als ook helpt het CPZ daarmee dat de betreffende regio goed voorbereid is op de toetsing door de IGZ.

Overige initiatieven:

- Ontwikkeling zorgstandaard (kwaliteitsstandaard) Integrale Geboortezorg door Commissie Kwaliteit (CPZ). In de werkgroep Zorgstandaard van de Commissie Kwaliteit is overeenstemming bereikt over de het doel (kwaliteitsinstrument), de definitie en de werkwijze van de te ontwikkelen zorgstandaard. Als eerste stap op weg naar de zorgstandaard is een schema geboortebasiszorg beschreven. De volgende stap is dat er een knelpuntenanalyse wordt gemaakt vanuit de kant van professionals én van de patiënt. De knelpuntenanalyse vanuit professionals wordt vormgegeven door een inventarisatie te maken van alle beschikbare richtlijnen (circa 80). Hiervoor zal externe expertise worden ingehuurd, zodat de opdracht snel afgerond kan worden. Op basis van deze inventarisatie van richtlijnen kan worden bepaald waar de controverses én de witte vlekken zitten. Voor de knelpuntenanalyse vanuit de zwangeren wordt gedacht aan een raadpleging of focusgroepen. De werkgroep denkt dat het gehele traject tot eindversie zorgstandaard inclusief de ontwikkeling van enkele ketenindicatoren circa twee jaar in beslag zal nemen. De ontwikkeling wordt nauw afgestemd met het Kwaliteitsinstituut.
- Doorontwikkeling portal Goedgeboren.nl. Goedgeboren.nl is bedoeld als digitaal kennisportaal voor iedereen die geïnteresseerd is in de geboortezorg. Dit zijn zorgverleners, maar ook beleidsmakers, verzekeraars, ziekenhuisbestuurders en de zwangeren of aanstaande zwangeren. Op Goedgeboren.nl plaatst het CPZ beschikbare kennis, best practices en samenwerkingsafspraken, landelijk en regionaal, die van pas komen bij de verbetering van de samenwerking in de geboortezorg. Zo wil het CPZ bereiken dat: iedereen die op zoek is naar kennis deze snel kan vinden en overnemen; duidelijk zichtbaar is welke regio's voorop lopen en welke achterblijven; achterblijvers de druk ervaren om het beter te gaan doen; zwangeren zelf de regie nemen en kiezen voor samenwerkingsverbanden waar het goed geregeld is. Goedgeboren.nl moet dus HET digitale kennisplatform van de integrale geboortezorg worden; actueel en interactief. Iedereen moet het kennen en er moeten voortdurend nieuwe ontwikkelingen zijn te vinden. Naast het landelijke Goedgeboren.nl zijn er ook *regionale* sites in ontwikkeling die de samenwerking in de regio's inzichtelijk maken. Op dit moment zijn er sites van: Nijmegen en omgeving, Leiden, Eindhoven en Rijnmond.
- Een digitale webbased onderzoekscatalogus geboortezorg plus inventarisatie van witte vlekken (Commissie Onderzoek)
- Multidisciplinaire trainingen acute verloskunde (MOET/CAVE) in diverse regio's
- Een scholingsprogramma voor het initiële onderwijs en bij- en nascholing
- INCAS - Integrated Care System during Labour (AMC en VUmc). Deze pilots zijn gericht op kennisontwikkeling en implementatie m.b.t. bevorderende en belemmerende factoren voor integrale zorg zoals oa gezamenlijke intake/bespreking zwangeren, risicoselectie.

Het Kenniscentrum Kraamzorg is met de projectsubsidie van VWS voor 2012 en 2013 voortvarend te werk gegaan. Tijdens haar Kick-Off op 18 april 2013 wordt de website Kenniscentrum Kraamzorg gelanceerd (www.kenniscentrumkraamzorg.nl), waaraan het registratiesysteem voor kraamverzorgenden is gekoppeld en waarop o.a. alle informatie over het Shaken Baby Syndroom te vinden is. Vervolgens gaat het Kenniscentrum Kraamzorg vanaf de Nationale Dag Kraamzorg in juni kraamzorgorganisaties bezoeken om ter plekke het registreren van kraamverzorgenden te promoten en de scholing rond het Shaken Baby Syndroom onder de aandacht te brengen. Naast deze "zichtbare activiteiten" is het Kenniscentrum Kraamzorg actief om de kraamzorg een eigen gezicht te geven in het netwerk van geboortezorg en heeft o.a. zitting in de commissies van en overleg met het College Perinatale Zorg.

PWD

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft geadviseerd de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns zorg te verbeteren, onder andere door betere communicatie tussen de betrokken professionals en ook tussen de professionals en de zwangere. Met dat doel is de ontwikkeling en invoering van het PWD gestart. Het PWD vormt een essentiële schakel bij het verlenen en verbeteren van perinatale zorg. Het PWD realiseert eenheid van taal en standaarden voor digitale informatie-uitwisseling binnen de gehele keten van betrokken zorgverleners, onderzoekscentra en registratiediensten. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de informatiepositie van de zwangere. Zij dient door invoering van eenheid van taal en technische standaarden binnen de gehele keten de mogelijkheid te krijgen zelf haar gegevens in te zien en zo inzicht te krijgen in het verloop van haar zwangerschap en de interventies die zijn genomen of zijn gepland.

Het PWD-programma wordt gerealiseerd in verschillende fasen. In de eerste fase van het programma is in 2012 eenheid van taal gecreëerd in de vorm van de perinatale dataset. Deze dataset is de landelijke standaard voor digitale dossiervorming, koppelingen tussen systemen van ketenpartners, informatie-uitwisseling en -aanlevering in de perinatale zorg en toegang voor de zwangere tot haar gegevens. De dataset vormt de basis voor berichtuitwisseling tussen verloskundigen en gynaecologen, en voor de aanlevering aan de prenatale screeningen (RIVM) en PRN. De perinatale dataset wordt jaarlijks geactualiseerd door de betrokken partners.

De betrokkenheid aan het PWD-programma onder verloskundigenpraktijken is toegenomen in 2012. Aan het einde van het jaar neemt 66% deel aan het PWD-programma door aanlevering van gegevens via het PWD aan de prenatale screeningen en PRN, of door voorbereidingen daartoe. De bestuurlijke betrokkenheid onder ketenpartners wordt in 2013 versterkt door uitbreiding van de stuurgroep PWD. De volgende prioriteit in de invoering van het PWD is ondersteuning van de acute overdracht tussen de eerste- en tweedelijns zorg. In het tweede kwartaal van 2013 start een pilot om deze toepassing van het PWD in de praktijk te testen. De volgende fase van het PWD-programma richt zich op het faciliteren van consulten, reguliere overdrachten en terugkoppelingen tussen de eerste- en tweedelijns.

Risicoselectie

De risicoselectie door de verloskundige is niet optimaal. Het herkennen van risico's is een proces dat de hele zwangerschap doorloopt. Van risicoselectie naar risico awareness. De risicovoorspelbaarheid is beperkt. Om deze reden is steeds meer de gedachte dat de verantwoordelijke zorgverleners (verloskundigen en gynaecologen) in samenspraak verantwoordelijk zijn voor het inschatten van de risico's. Daarbij moet ook meer aandacht worden besteed aan niet-medische en niet-verloskundige risico's zoals die gerelateerd aan leefstijl en armoede. Cumulatie van juist die risico's resulteren in een fors vergroot risico op babysterfte. Het veld is bezig met continue herziening van de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL). Hierin hebben de beroepsgroepen richtlijnen vastgelegd over verloskundig beleid en verwijzingsbeleid. De herziene VIL is in 2012 voorgelegd aan het CPZ ter autorisatie. Deze autorisatie zal in de eerste helft van 2013 plaatsvinden. Daarnaast heeft de werkgroep VIL enkele knelpunten ter uitwerking opgepakt. Hierbij gaat het onder meer om: langdurig gebroken vliezen, diabetes gravidarum, groeivertraging en psychiatrie. Tenslotte staat op de agenda hoe de VIL in relatie staat tot de in ontwikkeling zijnde zorgstandaard.

Beter inzicht in de oorzaken van babysterfte op lokaal niveau is nodig om nog meer gerichte verbeteracties te kunnen inzetten. Lokale samenwerkingsverbanden organiseren perinatale audits waarin casus geanalyseerd worden om beter inzicht te krijgen in kwaliteit van de zorg en mogelijke verbeteracties.

Perinatale Audit Nederland

De Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) coördineert de landelijke perinatale audit. Doel van de audit is om via systematisch onderzoek te analyseren of de zorg in een casus afweek van de geldende richtlijnen en protocollen en van de gangbare zorg, en waarom dat gebeurde. Zorgprofessionals en experts uit de hele perinatale keten analyseren hierbij samen de gegeven (keten-)zorg en formuleren aanbevelingen en actiepunten voor verbeteringen. Zij doen dit vanuit verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) rond alle huidige 92 ziekenhuizen met een afdeling Verloskunde. Regionale coördinatie en monitoring vinden plaats vanuit 10 regioteams die een plek hebben gekregen rond de neonatale intensive cares (NICU's). Zorgverleners uit diverse disciplines en organisaties zitten met elkaar aan tafel en evalueren de zorg. Dit levert zo breed gedragen aanbevelingen voor verbetering van (keten)zorg voor moeder en kind op lokaal, regionaal en landelijk niveau. In 2010 en 2011 zijn casus van sterfte van voldragen kinderen geanalyseerd.

De audit draagt bij aan betere zorg en samenwerking binnen de keten. De audit genereert specifieke aanbevelingen ter verbetering van de zorg, zoals de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, methoden voor een meer gestructureerde overdracht van de zorg en suggesties voor gezamenlijke trainingen voor calamiteiten. Een deel hiervan kan direct lokaal en regionaal ingevoerd worden. Andere aanbevelingen zullen, wanneer daar aanleiding toe is, landelijk -onder regie van het CPZ- uitgevoerd worden. Het auditproces kan daarnaast bijdragen aan meer kennis en inzicht en verbetering van onderlinge communicatie bij zorgverleners.

PAN heeft in november 2011 een rapport met conclusies en aanbevelingen voor verbeteringen in perinatale (keten)zorg gepresenteerd aan de betrokken veldpartijen¹. Zij hebben uitgesproken zich in te zullen zetten voor de implementatie van de aanbevelingen. Diverse initiatieven hiertoe zijn beschreven op de website van stichting PAN.

In 2011 is de deelname van de verloskundige samenwerkingsverbanden aan de perinatale audit gestegen van 97% naar 100%. Ook het aantal auditbijeenkomsten is in 2011 verder toegenomen en bedroeg 224, met bespreking van meer casus (412). Maar liefst 4.564 zorgverleners uit diverse disciplines in de keten hebben aan deze audits deelgenomen in 2011. De verwachting is dat in 2012 deze aantallen verder zijn gestegen. Alle vsv's auditen de casus met het landelijk thema van PAN (á terme sterfte). Daarnaast kan het vsv ook andere casus auditen, wat ook gebeurt. De perinatale audit is hiermee verrassend snel omarmd door zorgverleners in het hele land als instrument om hun zorg structureel te verbeteren.

PAN heeft zich in 2012 ingezet voor verder aansluiten van haar activiteiten bij het werk van andere veldpartijen. In 2013 publiceert PAN het rapport 2011 audit van a terme sterfte. Vanaf 2013 zal het te onderzoeken landelijk thema wat verschuiven. Ook casus met asfyxie (zuurstoftekort) zullen worden geaudit.

Perinatale Registratie

Ondersteund door VWS-subsidie bundelen de vier beroepsverenigingen in de perinatale keten, de KNOV (verloskundigen), de LHV (huisartsen), de NVK (kinderartsen/ neonatologen) en de NVOG (gynaecologen) in de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) hun registratieactiviteiten. De afzonderlijke registraties gaan deels terug tot 1971; gekoppelde bestanden zijn vanaf 2000 beschikbaar. Doel van de registratie is het stimuleren en ondersteunen van kwaliteitsverbetering in de zorg. Zo verstrekt PRN de zorgverleners spiegelinformatie en de – landelijk vastgestelde – indicatoren en worden gegevens uit de Perinatale Registratie gebruikt voor projecten als PERISTAT, de Perinatale Audit (PAN), Healthy Pregnancy 4 All en het ZonMw-programma Zwangerschap en Geboorte.

Taakherschikking

Het vorm en inhoud geven aan taakherschikking is primair een zaak van de partijen binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte. De NVOG (beroepsvereniging gynaecologen) en de KNOV (beroepsorganisatie verloskundigen) zijn reeds enige jaren met elkaar in gesprek hierover. Daaruit is het Eindrapport Klinisch Verloskundigen voortgekomen, dat door beide beroepsgroepen is geaccordeerd. In het rapport wordt de positie van klinisch verloskundigen binnen de wet- en regelgeving beschreven en wordt de rol, plaats en positie van de verloskundige in de eerste-, tweede- en derdelijns setting uiteengezet. De beide beroepsgroepen stellen in het rapport gezamenlijk voor om een specialistenregister Klinisch Verloskundige in te stellen conform artikel 14 van de wet BIG en daaraan een wettelijk erkende specialistentitel te koppelen. Partijen kiezen voor het instellen van een specialistenregister om zo te komen tot een wettelijk beschermde titel Klinisch Verloskundige. Tevens biedt dit waarborgen voor de professionele zelfstandigheid op het eigen deskundigheidsterrein en kunnen verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid van zowel de klinisch verloskundige als de gynaecoloog op deze manier eenduidig worden geregeld zodat het voor de patiënt de meeste duidelijkheid geeft. NVOG en KNOV willen samen een orgaan instellen dat (her)registratie en de bijbehorende kwaliteitsbewaking regelt en waarborgt. Op dit ogenblik werken de beide beroepsgroepen het document gezamenlijk uit: een leidraad ter beschrijving van de functie en positie van klinisch verloskundigen wordt voor alle ziekenhuizen opgesteld, en een beroeps- en opleidingsprofiel worden beschreven. Ten vervolge op het rapport heeft de NVOG een document opgesteld waarin de minimale vereisten worden vastgesteld waaraan obstetrische professionals, zoals klinisch verloskundigen, in het kader van obstetrische (acute) zorgverlening moeten voldoen.

Naast de gezamenlijke gesprekken over de klinische verloskundige hebben de eerstelijns verloskundigen aangegeven dat zij uitbreiding wensen van het aantal middelen dat de verloskundigen in de eerste lijn, binnen het wettelijk omschreven deskundigheidsgebied, kunnen voorschrijven. De IGZ heeft laten weten geen bezwaar te hebben tegen het uitbreiden van de voorschrijfbevoegdheid van verloskundigen, maar alleen onder een aantal strikte randvoorwaarden zoals het opstellen van richtlijnen en het aantoonbaar maken van bekwaamheid in de handeling.

¹ <http://www.perinataleaudit.nl/bibliotheek/nieuws/details/646/perinatale-sterfte-onder-voldragen-kinderen-is-afgelopen-10-jaar-fors-gedaald>

De wijziging van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige en van de Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundige is onderdeel van een verzamelwet (Veegwet VWS 2012). Het streven is om die wet en de bijbehorende wijzigingen van besluiten en regelingen per 1 juli 2013 in werking te laten treden, maar het is niet zeker of dat gehaald wordt. De Tweede en Eerste Kamer moeten nog instemmen met de Veegwet.

In de commissie onderwijs van het College Perinatale Zorg, waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd, vindt op dit moment een verkenning plaats naar de mogelijkheden om de opleidingen tot kraamverzorgende, O&G-verpleegkundige, verloskundige, gynaecoloog en kinderarts deels in gezamenlijke modules te laten plaatsvinden. Deze verkenning naar betere afstemming tussen de opleidingen in zorg rond zwangerschap en geboorte kan bijdragen aan mogelijke toekomstige taakherschikking in de verloskunde.

Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties

Voor de aanpak van verhoogde babysterfte in risicogroepen voert het Erasmus MC een project uit in 14 gemeenten met hogere perinatale sterfte en morbiditeit. Dit project wordt door VWS gefinancierd en heeft een looptijd van drie jaar. In dit project Healthy Pregnancy 4 All wordt geëxperimenteerd met een risicoselectie instrument (R4U) en met programmatische preconceptiezorg (PCZ). Deze experimenten zijn deels nieuw en deels afkomstig vanuit het Rotterdams programma Klaar voor een Kind.

De gemeenten Amsterdam, Almere, Appingendam, Delfzijl, Den Haag, Enschede, Groningen, Heerlen, Menterwolde, Nijmegen, Pekela, Schiedam, Tilburg en Utrecht participeren in het project. De colleges van deze gemeenten achten de "sense of urgency" van de hogere lokale perinatale sterfte/morbiditeit dermate hoog dat zij allen deel wensen te nemen aan het project. In de afgelopen periode hebben de onderzoekers ervaren, mede door gesprekken met gemeenteraden, dat de aandacht voor de problematiek van verhoogde babysterfte bestuurlijk verankerd is.

In de afgelopen periode hebben de onderzoekers veel energie en inspanning gestoken in het organiseren van de lokale samenwerkingsverbanden van zorgverleners, hulpverleners en de gemeente. Voor effectiviteitswinst dienen de zorgexperimenten ingebed te zijn in deze lokale netwerken. Het netwerk zorgt voor de verbinding tussen de curatieve zorg en de preventieve activiteiten van de gemeenten. Het opbouwen van de netwerken heeft meer tijd in beslag genomen dan in eerste instantie was voorzien. Dit komt voor een belangrijk deel door het groter aantal deelnemende gemeenten. De ervaring leert thans dat alle betrokken lokale partij actief participeren in de zorgexperimenten.

In alle gemeenten worden nu zwangere vrouwen geïnccludeerd in de twee zorgexperimenten, de risicoselectie R4U en de PCZ. De eerste gegevens ten aanzien van perinatale sterfte- en morbiditeit zullen overigens niet eerder dan 2014 beschikbaar komen. Allereerst zal de uitkomst van de zwangerschappen afgewacht moeten worden, daarnaast vraagt de bewerking van de registratiegegevens van zwangerschap en geboorten door de Perinatale Registratie Nederland (PRN) ook enige tijd.

Bevallende vrouw niet alleen en 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid

Alle partijen in de regio zijn samen verantwoordelijk voor de totale keten van geboortezorg, dus ook verantwoordelijk voor de 24/7 opvang. Een betere risicoselectie, een betere organisatie en een betere planning qua mensen en middelen geeft het meest doelmatige gebruik van de beschikbare middelen en inzet van professionals. Die inzet wordt in elke regio vastgelegd in de overeenkomst en feitelijk in het zorgpad. De in ontwikkeling zijnde zorgstandaard (of kwaliteitsstandaard) geboortezorg is een instrument waarin functioneel wordt vastgelegd wat collectief onder integrale geboortezorg wordt verstaan. Een onderdeel hiervan is de ontwikkeling van ketenindicatoren. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van sectorale indicatoren ligt bij de afzonderlijke beroepsgroepen. Noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten betekent dat in een acute situatie snel ingrijpen mogelijk is. Hiermee moet in de toekomst zoveel mogelijk voorkomen worden dat er sterfte plaatsvindt van in principe gezonde baby's tijdens de bevalling (waar alsnog iets misgaat). Hoewel in een groot deel van de ziekenhuizen parallelle acties zijn afgesproken voor problemen tijdens een thuisbevalling, is het dilemma van de organisatie van ziekenhuizen zelf vooralsnog niet opgelost: op iedere plek waar verloskunde wordt gedaan moet de kwaliteit voldoende hoog zijn en tegelijkertijd moeten er voldoende ziekenhuizen zijn met een verloskunde afdeling om te ondersteunen als er bij een thuisbevalling iets misgaat (de reistijden mogen niet te lang worden). Ook in het 12 februari 2012 verschenen rapport van Zorgverzekeraars Nederland (NL) over de acute zorg wordt 24/7 als "optimale zorg" genoemd, maar geen oplossing geboden voor het genoemde dilemma.

Toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is vanuit haar toezichtsfunctie bezig met een landelijk, ketenbreed themaonderzoek naar de geboortezorg. Het uitgangspunt van dit themaonderzoek is het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, waarbij de focus ligt op de normen betreffende samenwerking, transparantie en acute zorg. Het onderzoek bestaat uit meerdere deelonderzoeken.

In de eerste fase (eind 2011 en eerste helft 2012) heeft de inspectie de implementatie van het Stuurgroepadvies bij de verschillende bij geboortezorg betrokken instellingen en beroepsgroepen geïnterviewd. Ik heb u hierover op 1 maart 2012 een nota van de IGZ toegestuurd (CZ/TSC-3106339). Instellingen die nog niet op alle onderdelen aan de normen voldeden, hebben op aandringen van de IGZ actie ondernomen zodat zij hier alsnog aan voldoen.

In de, nu lopende, tweede fase legt de inspectie tweedaagse bezoeken af in een kwart van de Verloskundige SamenwerkingsVerbanden (VSV). Ze toetst in deze bezoeken hoe de situatie op de werkvloer is, hoe tijdige signalering van risicosituaties plaatsvindt en hoe de samenwerking in acute en niet-acute situaties verloopt. Bij deze toetsing worden zorgverleners betrokken uit de hele keten rond een zwangere, van preconceptie-advisering tot consultatiebureau. Ook spreekt de inspectie hierbij met ouders. Als bij deze bezoeken blijkt dat een VSV niet aan de noodzakelijke eisen voldoet zal de inspectie handhavende maatregelen inzetten.

De inspectie is voornemens de resultaten van alle deelprojecten, die tot eind 2013 doorlopen, in een geaggregeerde rapportage te publiceren. Tussentijds verschijnen, waar opportuun, rapporten of artikelen over afgeronde deelonderzoeken; de bovengenoemde nota is daar een voorbeeld van. Er vindt een structurele afstemming plaats met het CPZ.

Onderzoek

In januari 2011 is het ZonMw onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte gestart. Doel van het programma is het verkrijgen van kennis die helpt de perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland terug te dringen.

Vanuit het programma Zwangerschap en Geboorte zijn vanaf december 2012 tien regionale, multidisciplinaire consortia gestart. Met deze kennisinfrastructuur beoogt ZonMw dat zorgverleners gaan samenwerken aan zorg en onderzoek in de regio. Het doel is via samenwerking tussen de nulde, eerste, tweede en derde lijn ziekte en sterfte rondom zwangerschap en geboorte in Nederland verder terug te brengen.

De onderzoeksprojecten van de regionale consortia, richten zich op uiteenlopende onderwerpen: van risicoselectie en -screening op vroeggeboorte, pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes tot het verbeteren van de overdacht tussen de verschillende lijnen en disciplines door bijvoorbeeld team- en simulatietrainingen. Een ander voorbeeld van onderzoek is het effect en de ervaringen van een online platform voor en van de zwangere gericht op informatie, communicatie en transparantie van medische gegevens.

Met twee grootschalige landelijke onderzoeken wordt ook bijgedragen aan het terugdringen van perinatale sterfte en morbiditeit. Het gaat om onderzoek naar de effecten en implementatievoorwaarden voor geboortecentra, welke in januari 2013 van start is gegaan. Het tweede landelijke onderzoek gaat over de effectiviteit en doelmatigheid van echoscopie in het derde trimester voor het opsporen van groeivertraging, dit onderzoek start in april 2013. De resultaten worden in 2016 verwacht.

Preconceptiezorg biedt eveneens mogelijkheden om perinatale en maternale mortaliteit en morbiditeit te verlagen. Momenteel loopt een subsidieronde op dit onderwerp met als doel het gebruik van de kennis op het gebied van preconceptiezorg verder te versterken. Het gaat om praktijkgericht, implementatieonderzoek en effectevaluatie naar (vormen van) preconceptiezorg met speciale aandacht voor risicogroepen. Dit dient gericht te zijn op het verhogen van het bewustzijn van professionals van het belang van preconceptiezorg en eindgebruikers (zwangeren en hun partner) en het verhogen van het bereik van preconceptiezorg. Hierbij dient samengewerkt te worden met de gestarte regionale consortia. Halverwege 2013 weten we welke projecten over dit onderwerp starten.

Uiteraard gaat het om vernieuwende kennis die aansluit bij de bestaande en lopende initiatieven op dit gebied, zoals het project 'Healthy Pregnancy 4 All' en de activiteiten van het College Perinatale Zorg.

Het ministerie van VWS heeft aan ZonMw gevraagd een pilot te starten op het gebied van zwangerschap en bedrijfsgeneeskunde. Aanleiding voor deze pilot zijn de resultaten van een onderzoek over de samenwerking tussen bedrijfsartsen en verloskundigen, van de Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen (NVAB). Hieruit blijkt dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen en de reguliere zorg voor zwangeren nog kan worden verbeterd. De pilot richt zich onder meer op het versterken van de samenwerking tussen deze beroepsgroepen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de infrastructuur van de regionale consortia. De opdracht voor deze pilot wordt vanuit het programma Zwangerschap en Geboorte samen met het programma Participatie en Gezondheid voorbereid en in 2013 uitgezet.

Vanuit het programma Zwangerschap en Geboorte is op verzoek van VWS een kennissynthese uitgezet naar de bestaande kennis over de effectiviteit en doelmatigheid van de kraamzorg en de kennislacunes op dit terrein. De resultaten worden in juni 2013 in een expertmeeting besproken.

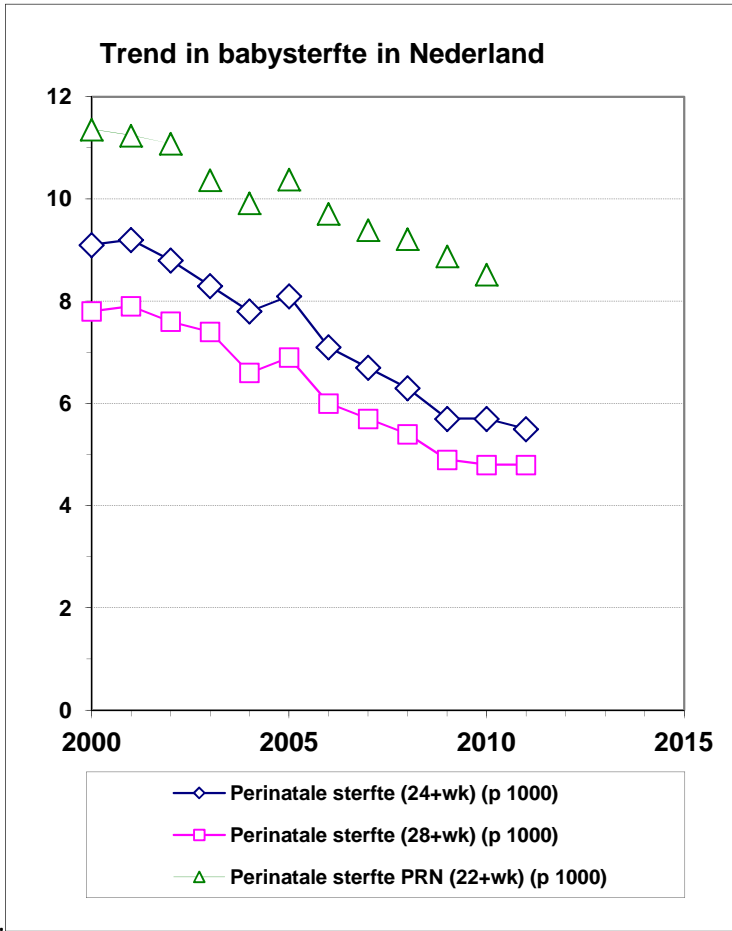
De regionale consortia beloven veel kennis op te leveren over goede perinatale zorg. Bij de landelijke verspreiding hiervan kan het CPZ een belangrijke rol spelen. Er vindt regelmatig afstemming plaats tussen het College Perinatale Zorg en ZonMw.

Daling babysterfte

Het RIVM heeft de thans beschikbare cijfers bestudeerd en concludeert dat de babysterfte in Nederland de laatste jaren geleidelijk is gedaald. Dat geldt niet alleen voor de door het CBS via de bevolkingsregistratie verzamelde data voor babysterfte na 24 of 28 weken zwangerschap maar ook voor de door de gezamenlijke zorgverleners in de PRN registratie verzamelde data voor sterfte na 22 weken zwangerschap. De PRN cijfers zijn altijd hoger omdat die ook de sterftcijfers bevatten van veel te vroeg geboren baby's, die een sterk verhoogd sterfterisico hebben.

Eind mei 2013 worden de resultaten van een internationaal vergelijkende studie in de Europese Unie (PERISTAT) verwacht. Twee eerdere PERISTAT studies wezen op een relatief hoge babysterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. Zij waren mede aanleiding voor de intensivering van beleid, die al enige jaren is ingezet. De waargenomen daling in de babysterfte kan niet eenvoudig verklaard worden. Mogelijk is dit veroorzaakt door een aantal (kleine) verbeteringen, zoals daling van het aantal rokende zwangeren. Ook de opvangmogelijkheden voor ernstig zieke zwangeren, pasgeborenen en kraamvrouwen met specifieke en ernstige problematiek zijn verbeterd (Planningsbesluit bijzondere perinatologische zorg VWS, 2001). Verder is de behandeling voor zeer vroeg geboren en kinderen met een extreem laag geboortegewicht aangepast. Anderzijds lijkt een andere risicofactor, ernstig overgewicht van zwangeren, toe te nemen. Daarnaast is er, mogelijk versterkt door de PERISTAT publicaties, veel extra aandacht voor kwaliteitsverbetering in de perinatale zorg, bijvoorbeeld door de landelijke Stuurgroep en haar opvolger het CPZ, via de onderzoeksagenda van ZonMw en het landelijk implementeren van perinatale audit door de vanuit VWS ondersteunde stichting PAN.

Op dit moment nemen alle VSV's deel aan de lokale perinatale sterfte audits. De resultaten van de landelijke perinatale audit van gevallen van à terme (d.w.z. voldragen) perinatale sterfte in 2011 worden op korte termijn door de PAN gerapporteerd. Deze rapportage zal, evenals die over de audit van à terme sterfte in 2010 bijdragen aan het inzicht in de kwaliteit van de perinatale zorg. De PAN rapporteert in dit rapport ook aanbevelingen voor verbetermogelijkheden binnen de perinatale zorgketen.



Sterfte per 1000 levend en doodgeborenen
 Bronnen: CBS Statline, PRN