



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verloskundige samenwerkingsverbanden:
acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen

Utrecht, juni 2014

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en periode – 10
- 1.4 Toetsingskader – 11
- 1.5 Leeswijzer – 12

2 Conclusies – 13

- 2.1 Randvoorwaarden veilige geboortezorg: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen – 13
- 2.2 Verloskundige samenwerkingsverbanden: eerste stappen gezet – 13
- 2.3 Gegevensoverdracht meestal gestructureerd, evaluatie moet beter – 14
- 2.4 VSV-brede aandacht voor preventie en kwetsbare zwangeren onvoldoende – 14
- 2.5 Randvoorwaarden voor veilig bevallen, soms na een maatregel, aanwezig – 14
- 2.6 Sluiting van acute verloskunde afdelingen: monitoren van de gevolgen en borgen van extra randvoorwaarden noodzakelijk – 15

3 Handhaving – 17

- 3.1 Inleiding – 17
- 3.2 Aanbevelingen voor VSV's – 17
 - 3.2.1 Verbeteringen die alle VSV's binnen drie maanden dienen te realiseren – 17
 - 3.2.2 Verbeteringen die alle VSV's binnen zes maanden dienen te realiseren – 17
- 3.3 Maatregelen voor eerstelijns verloskundigenpraktijken – 18
 - 3.3.1 Verbeteringen die verloskundigen daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren – 18
- 3.4 Maatregelen voor het ziekenhuis – 18
 - 3.4.1 Maatregelen die het ziekenhuis direct moet nemen – 18
 - 3.4.2 Verbeteringen die ziekenhuizen daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren – 19
 - 3.4.3 Verbeteringen die ziekenhuizen daarnaast binnen zes maanden dienen te realiseren – 19
- 3.5 Maatregelen voor de kraamzorgorganisaties – 19
 - 3.5.1 Verbeteringen die kraamzorgorganisaties daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren – 20
- 3.6 Aanbevelingen voor het CPZ en de beroepsgroepen – 20
 - 3.6.1 Uitwerking van onduidelijke SZG-aanbevelingen – 20
 - 3.6.2 Aanvullende richtlijn voor het gebruik van remifentanil – 20
- 3.7 Aanbevelingen bij (voorgenomen) concentratie van geboortezorg – 20
- 3.8 Vervolgacties inspectie – 21

4 Resultaten inspectiebezoek – 23

- 4.1 De bezochte VSV-regio's gaven een afspiegeling van de geboortezorg in Nederland – 23
 - 4.1.1 Regio's gespreid over het land – 23
 - 4.1.2 Kengetallen representatief voor Nederland – 24
 - 4.1.3 Organisatie van de zorg niet overal gelijk – 26
- 4.2 VSV's, een wereld vol verschillen – 27
 - 4.2.1 Nog niet alle regio's een geformaliseerd actief VSV – 28
 - 4.2.2 VSV-bestuur meestal multidisciplinair – 28
 - 4.2.3 Samenstelling VSV: vooral verloskundige professionals – 29

4.2.4	Visie en doelstelling VSV veelal globaal — 30
4.3	Samenwerking in de praktijk — 30
4.3.1	Samenwerking door VSV versterkt — 31
4.3.2	Toelatingsovereenkomst vaak gekoppeld aan VSV-deelname — 34
4.3.3	Bevoegdheid en bekwaamheid meestal geformaliseerd — 34
4.3.4	Taakafbakening in samenwerking met veel disciplines meestal goed geregeld — 36
4.3.5	Vertalen en implementeren van landelijke protocollen overal in gang gezet — 36
4.3.6	Veel belemmeringen voor het bespreken van individuele zwangeren — 37
4.3.7	Regiearts of casemanager (nog) niet gebruikelijk — 38
4.3.8	Zorgpaden en bevalplannen in opkomst — 40
4.4	Overdracht, registratie en evaluatie — 40
4.4.1	Overdracht tussen professionals moet gestructureerd om verlies van informatie te voorkomen — 41
4.4.2	Dossiervoering voldeed niet overal — 43
4.4.3	Deelname aan de landelijke registraties gebruikelijk ondanks problemen bij invoer — 43
4.4.4	Perinatale audits vinden overal plaats — 44
4.4.5	VSV-brede evaluatie van geleverde zorg geen gemeengoed — 45
4.5	Onvoldoende VSV-brede aandacht voor zwangeren in achterstandssituatie — 46
4.5.1	Beleid voor stoppen met rokenadvisering niet VSV-breed — 46
4.5.2	Voorlichting aan de zwangere nauwelijks gezamenlijk — 48
4.5.3	Preconceptie-advisering is niet van de grond gekomen — 48
4.5.4	Beleid bij taal- en cultuurverschillen niet structureel — 49
4.5.5	Laaggeletterdheid niet herkend — 49
4.5.6	Veel aandacht maar geen eenheid in beleid voor psychosociale problemen — 50
4.5.7	Geen afspraken over afleggen huisbezoek — 51
4.6	Randvoorwaarden voor veilig bevallen aanwezig, ook in acute situatie — 52
4.6.1	Alle VSV's hebben een protocol parallelle actie — 53
4.6.2	In een kwart van de ziekenhuizen geen beleid voor begeleiding bij piekdruk — 54
4.6.3	Onverwachte risico's in pijnbehandeling — 55
4.6.4	Foetale monitoring, gebruik van MBO varieert — 56
4.6.5	Bewaking bij de bevalling verantwoord geregeld of direct aangepast — 57
4.6.6	Onvoldoende bezetting medische professionals direct aangepast — 57
4.7	Concentratie van verloskundige zorg kent eigen risico's — 58
4.7.1	Sluiting van verloskundeafdelingen leidde tot veel beroering — 58
4.7.2	Keuzevrijheid veranderd maar niet beperkt — 58
4.7.3	Veranderingen voor zorgverleners vragen aanpassing — 60
4.7.4	Problemen met bereikbaarheid niet structureel gemonitord — 61
4.7.5	Concentratie aanleiding tot geïntegreerde zorg — 61

5 Summary — 63

Literatuurlijst — 65

Bijlage 1	Lijst van afkortingen — 67
Bijlage 2	Overzicht van gerealiseerde verbeteringen in de bezochte VSV's — 68
Bijlage 3	Overzicht bezochte VSV's — 70
Bijlage 4	Bezoekprogramma — 71
Bijlage 5	Toetsingskader — 72

Voorwoord

In 2004 en 2008 bleek dat het aantal kinderen dat tijdens de zwangerschap of rond de geboorte overlijdt in Nederland relatief hoog was. Daarom stelde de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) in, die in 2010 het advies *'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'* publiceerde.

Voor de inspectie is het toezicht op de zorg rond zwangerschap en geboorte van groot belang. Niet alleen vanwege de cijfers, maar ook vanwege de ervaring van de inspectie bij meldingen over calamiteiten, waaruit blijkt hoe groot de impact is op het gezin en op de betrokken zorgverleners als er tijdens de zwangerschap of bij de geboorte iets misgaat met de moeder of het kind. De inspectie beschouwde het SZG-advies dan ook niet als vrijblijvend. Zij vindt het noodzakelijk dat zorgverleners hun eigen aanbevelingen omzetten in concrete doelen en daden en startte in 2011 het Toezichtonderzoek Geboortezorg naar de wijze waarop zorgverleners aan de aanbevelingen uit het SZG-advies gevolg hebben gegeven.

Het voorliggend onderzoek, naar de samenwerking in de geboortezorg, maakt deel uit van het bovengenoemde toezichtonderzoek. De focus van het onderzoek lag hierbij op het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Op verzoek van de minister gaf de inspectie daarbij specifiek aandacht aan de samenwerking in concentratieregio's. Enerzijds omdat de (voorgenomen) sluiting van verloskundeafdelingen tot veel maatschappelijke onrust leidde. Anderzijds omdat sluiting van een verloskundeafdeling direct effect had op de organisatie van en samenwerking in de zorg in het betreffende gebied en daarmee een potentieel risico vormde voor de veiligheid van die zorg.

Het inspectieonderzoek beoogde, naast een verificatie van eerdere resultaten, het stimuleren van een snellere implementatie van de aanbevelingen uit het advies. Dit bleek in de bezochte regio's succesvol bij de aanbevelingen gericht op de organisatie van de samenwerking en op de zorg rond de bevalling. Ik maak me echter zorgen over het uitblijven van voortgang op het gebied van preventie en zorg voor kwetsbare zwangeren. Immers, juist hiermee is voor veel grotere groepen pasgeborenen winst te boeken.

Ik verwacht dat het college perinatale zorg (CPZ) en de deelnemende beroepsverenigingen de aanbevelingen die blijkens dit onderzoek nog onvoldoende uit de verf kwamen, verduidelijken en uitwerken. Ik reken erop dat de recent ontwikkelde CPZ-Leidraden en de toegezegde zorgstandaard de zorgverleners hierbij voldoende handen en voeten geven. Hulp bij en regie op de uitvoering vanuit de beroeps-groepen en het CPZ acht ik hierbij onmisbaar.

Van de VSV's en de daarbij aangesloten zorgverleners in de niet-bezochte regio's verwacht ik dat zij kennis nemen van dit rapport en de adviezen even voortvarend ten uitvoer brengen als in de bezochte regio's is gebeurd.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

In 2010 bracht de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) het advies '*Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*' uit. Het rapport liet zien dat er in de organisatie van en samenwerking bij de zorg rond de geboorte nog veel verbeterd moest worden. Daarom startte de inspectie in 2011 een breed onderzoek naar de wijze waarop de zorgverleners rond moeder en kind aan de aanbevelingen uit het genoemde advies gevolg hebben gegeven.

In haar samenvattend eindrapport *Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut* publiceert de inspectie een volledig overzicht van dit onderzoek. In het voorliggende rapport staan de resultaten van het deelonderzoek waarbij de inspectie tweedaagse inspectiebezoeken bracht aan het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) in negentien regio's, verspreid over het land. De eerste twaalf regio's in het onderzoek waren aselekt gekozen, de volgende zeven waren regio's waar sprake was van concentratie van de verloskundige zorg en de (voorgenomen) sluiting van de afdeling klinische verloskunde.

Het onderzoek was gericht op de organisatie van het VSV, de samenwerking in de praktijk, de overdracht tussen professionals, preventie en de zorg voor kwetsbare groepen, de zorg bij acute problemen en de organisatie van de zorg bij sluiting van een verloskundeafdeling in een ziekenhuis. Aan ouders die pas een kind hadden gekregen vroeg de inspectie hoe de zorg er voor hen had uitgezien.

Het inspectieonderzoek liet zien dat het veld voortvarend aan de slag is gegaan met het SZG-advies. Vooral de aanbevelingen voor de zorg rond de bevalling en voor de organisatie van de samenwerking waren in de meeste regio's opgepakt. Ook na het sluiten van een verloskundeafdeling leken de voorziene problemen in de praktijk mee te vallen en bleef de zorg in de regio verantwoord mits voor voldoende randvoorwaarden was gezorgd. Nergens waren echter alle aanbevelingen uit het SZG-advies opgevolgd en de door de SZG beoogde 'naadloze, geïntegreerde zorg' was vrijwel nergens bereikt. Daardoor waren de veranderingen voor de zwangeren zelf ook onvoldoende merkbaar. Zij ervoeren de vele gezichten en het ontbreken van regie als onprettig. Vooral van de organisatie van extra zorg voor kwetsbare zwangeren en aandacht voor preventie was onvoldoende terecht gekomen.

De inspectie vindt dat de aanbevelingen die de zorgverleners zelf hebben opgesteld ook uitgevoerd moeten worden, zeker waar zij directe risico's voor de veiligheid zag. Zo vroeg zij als de continuïteit van de zorg niet geborgd was, dit direct te verbeteren. Bij overige onvolkomenheden vroeg zij het VSV en de deelnemende zorgverleners binnen drie of zes maanden de zorg aan te passen. Uit de reacties hierop bleek de bereidheid en het vermogen tot veranderen groot. De inspectie vindt deze versnelling ook noodzakelijk in de niet-bezochte regio's en zal hierop toezien.

Voor echt geïntegreerde geboortezorg waar moeder en kind centraal staan is echter een cultuuromslag nodig en dat kost tijd. Hierbij kunnen de VSV's naar het oordeel van de inspectie veel meer gebruikmaken van de goede voorbeelden die er zijn. Om die reden is in dit rapport een uitgebreide beschrijving opgenomen van de verschillende wijzen waarop de bezochte VSV's hun zorg hebben ingericht.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

De geboorte van een kind behoort tot de belangrijkste gebeurtenissen in een mensenleven. Als er tijdens de zwangerschap of bij de geboorte iets misgaat met de moeder of het kind heeft dat een grote en vaak levenslange invloed op het hele gezin. Uit Europees onderzoek bleek in 2004 en 2008 dat het aantal kinderen dat tijdens de zwangerschap of rond de geboorte overlijdt in Nederland relatief hoog was.^{1,2} Dit onderstreept het belang van toezicht op de zorg rond de geboorte.

De 'geboortezorg' staat sinds deze publicatie dan ook hoog op de professionele, politieke en maatschappelijke agenda. De door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingestelde Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) bracht in 2010 het advies 'Een goed begin' uit met een groot aantal aanbevelingen om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren.³

Het SZG-advies stelt dat de professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte samen verantwoordelijk zijn om de zwangere en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden. Zij acht hiervoor een meer gestructureerde en naadloze samenwerking nodig en is van mening dat overal in Nederland een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) actief moet zijn.

De inspectie acht perinatale gezondheid een graadmeter voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zij beschouwt het SZG-advies dan ook als niet-vrijblijvend en vindt het noodzakelijk dat het veld zijn eigen aanbevelingen omzet in concrete doelen en daden. Zij startte daarom in 2011 een overkoepelend toezichtonderzoek naar de geboortezorg in Nederland waar het hier beschreven onderzoek deel van uitmaakt.

Eerder afgeronde deelonderzoeken en de bij de inspectie gemelde calamiteiten op het gebied van geboortezorg illustreerden het belang van aandacht voor samenwerking in de praktijk van de verloskundige keten. Het hier beschreven inspectieonderzoek richt zich daarom op alle organisaties en zorgverleners in het netwerk rond moeder en kind en beschouwt het VSV hierbij als belangrijkste aanspreekpunt. Het omvat het hele proces van de voorlichting in de preconceptie-periode, de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed tot en met de overdracht van de pasgeborene aan het consultatiebureau.

Doel van het onderzoek

Het eerste deelonderzoek van het geboortezorgonderzoek, een schriftelijke inventarisatie in alle ziekenhuizen, liet zien dat in 2011 VSV's in heel Nederland waren of werden opgericht⁵. Als vervolg op dat deelonderzoek toetste de inspectie in dit onderzoek in hoeverre dit in de praktijk tot de gewenste samenwerking had geleid. Het doel was daarnaast te bevorderen en indien nodig af te dwingen dat zorgverleners de adviezen uit 'Een goed begin' in praktijk brengen, terwijl de fasering in het geboortezorgonderzoek hen ook de tijd bood die nodig is om werkzame samenwerkingsvormen op te zetten.

In de tweede fase van het onderzoek werd een tweede doel toegevoegd: toetsen in hoeverre de concentratie van verloskundige zorg een risico vormde voor de zich ontwikkelende samenwerking en voor verantwoorde zorg rond zwangerschap en geboorte.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

In hoeverre is er sprake van voldoende voorwaarden voor verantwoorde geboortezorg in de netwerken rond moeder en kind?

Dit is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

- 1 In hoeverre hebben de zorgverleners hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd dat zij in overeenstemming met het SZG-advies een sluitende keten vormen?
- 2 In hoeverre houden zij zich hierbij afzonderlijk en als netwerk aan de bestaande richtlijnen en (veld)normen voor gegevensoverdracht en evaluatie van de zorg?
- 3 In hoeverre hebben de zorgverleners in het VSV hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd, dat zij tijdig kunnen signaleren wanneer moeder of kind meer nodig heeft dan basiszorg en reageren zij adequaat op deze signalen?
- 4 In hoeverre hebben de zorgverleners in het VSV hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd dat zij snel kunnen ingrijpen in acute situaties?
- 5 Wat zijn de gevolgen van de concentratie van verloskundige zorg en de sluiting van een afdeling klinische verloskunde in de regio voor zwangeren en voor de zorg rond moeder en kind?

1.3 Onderzoeksmethode en periode

Selectie van netwerken

Het onderzoek bestond uit twee fases. In de periode oktober 2012 tot januari 2013 bezocht de inspectie twaalf random gekozen VSV's. In de periode maart tot september 2013 bezocht de inspectie zeven VSV's waar concentratie van verloskundige zorg en de (voorgenomen) sluiting van een afdeling klinische verloskunde een rol speelden. Deze negentien VSV's (zie bijlage 3) vormen 21 procent van alle VSV's in Nederland.

Opzet onderzoek

Elk VSV kreeg een bezoek van twee dagen waarbij het ziekenhuis van de regio de inspectie ruimte bood om ook de zorgverleners van buiten het ziekenhuis te ontvangen. Het betrof een kwalitatief onderzoek bestaande uit interviews met bestuurders en zorgverleners uit eerstelijns verloskundigenpraktijken, het ziekenhuis, kraamzorgorganisaties en organisaties voor de jeugdgezondheidszorg in een regio. Ook observeerden de inspecteurs medische en verpleegkundige overdrachten en waar mogelijk multidisciplinaire besprekingen en hadden zij inzage in (beleids-) documenten en patiëntendossiers.

Daarnaast verzocht de inspectie aan eerstelijns verloskundigen, het ziekenhuis en de JGZ in iedere VSV-regio om aan vijf ouderparen toestemming voor inzage in hun patiëntendossiers te vragen en twee van deze ouderparen uit te nodigen voor een gesprek met de inspectie. Om hierbij de kans te vergroten ook overdrachten tussen eerste en tweede lijn en van en naar de kinderarts aan te treffen, vroeg de inspectie hiervoor de ouders te benaderen van de laatste vijf pasgeborenen die waren geboren na een zwangerschapsduur van 37-42 weken en met een geboortegewicht van 2200 gram of minder.

In de tweede fase van het onderzoek vroeg zij om de laatste vijf ouderparen die afkomstig waren uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis met een gesloten (of te sluiten) verloskundeafdeling, die eerder een kind hadden gekregen toen de betreffende afdeling nog niet gesloten was.

Een overzicht van het bezoekprogramma staat in bijlage 4.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden gebruikte de inspectie een bezoekinstrument^a dat gebaseerd was op de thema's van het SZG-advies en op risico's die naar voren waren gekomen bij calamiteiten en uit eerdere thematoezichtonderzoeken.⁶⁻⁹

De resultaten tijdens het bezoek werden beschreven in een rapport dat via het VSV-bestuur aan de gesprekspartners is voorgelegd voor correctie op feitelijke onjuistheden. Op een aantal onderdelen werd aanvulling gevraagd of gegeven.

Tot slot vroeg de inspectie aan de VSV's en aan de deelnemende organisaties en zorgverleners waar nodig verbeteringen te realiseren. Zij vroeg hierbij, afhankelijk van het onderwerp, om de inspectie uiterlijk op 1 januari 2014 respectievelijk 1 april 2014 te bevestigen dat deze verbeteringen gerealiseerd waren.

De in 2013 gerealiseerde verbeteringen zijn benoemd in het hoofdstuk resultaten en in bijlage 2.

1.4 Toetsingskader

De resultaten uit de bezoeken zijn beoordeeld aan de hand van een toetsingskader dat is gebaseerd op relevante wetgeving (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG), op de normen uit het SZG-advies en op de overige veldnormen die de koepelorganisaties en beroepsverenigingen ter zake hebben ontwikkeld (bijlage 5).

Het toetsingskader bevat vier scoringskolommen. Het geeft aan of een VSV op het betreffende onderdeel voldoet aan de norm (= kolom C) of dat een VSV op het betreffende onderdeel niet voldoet aan de norm (= kolom A).

In een aantal gevallen was het VSV al bezig met de realisatie van een bepaalde norm, maar op het moment van het onderzoek was op aspecten nog verbetering nodig. Om recht te doen aan het beschrijven van die situatie is in het toetsingskader kolom B opgenomen.

Voor enkele normen geldt dat op het moment van het onderzoek een landelijke implementatie nog niet mogelijk was, om diverse redenen, bijvoorbeeld omdat ze nadere uitwerking behoeften. Soms voldeed een VSV hier echter al wel aan, waarmee ze dus aan meer dan de norm voldeed. Om recht te doen aan die situatie is in het toetsingskader kolom D opgenomen.

Hoewel de inspectie het waardeert dat zorgverleners of organisaties zodanig samenwerken dat ze aan meer dan de norm voldoen, gelden als basis voor haar toezicht en handhaving de bestaande (veld)normen en wetgeving. De beoordeling van de onderscheiden onderdelen is dan ook gebaseerd op kolom C van het toetsingskader. Het opleggen van de maatregelen (zie hoofdstuk 3), is gebaseerd op kolom A en B van het toetsingskader.

De interpretatie van de resultaten stemde de inspectie af met vertegenwoordigers van de veldpartijen. Bij de volgende normen bleek in het veld geen duidelijkheid of consensus te bestaan over de definitie en uitwerking en was de variatie in de praktijk groot:

- Casemanagerschap.
- Geboorteplan of zorgpad.
- Preconceptieadvies.
- Beleid bij taal- en cultuurverschillen.
- Beleid bij laaggeletterdheid.
- Beleid voor een huisbezoek.

a www.igz.nl

Ook in de gegevensoverdracht bij ontslag of einde kraambed bleek de variatie in de praktijk groot. De inspectie besteedt hieraan aandacht in een apart deelonderzoek.¹⁰ De genoemde onderdelen zijn in dit rapport wel in de resultaten beschreven, maar zij zijn niet opgenomen in de beoordeling en conclusies en leiden hier niet tot maatregelen.

1.5 Leeswijzer

De conclusies uit hoofdstuk 2 geven antwoord op de onderzoeksvragen.

Hoofdstuk 3 gaat in op de maatregelen die in de bezochte regio's zijn opgelegd en die de inspectie ook van de niet-bezochte VSV's verwacht. Ook de acties die vanuit de beroepsgroepen en het CPZ nodig zijn in het kader van normering en implementatie zijn daar opgenomen. Aan het einde van dat hoofdstuk staat beschreven hoe de inspectie het toezicht op de geboortezorg in de komende jaren zal vormgeven.

Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van de inspectiebezoeken. Het is de eerste keer dat systematisch is onderzocht hoe zorgverleners in VSV's samenwerken. Het uitgebreide verslag dient om de breedte aan te geven van wat er allemaal is en kan én om VSV's daarmee op ideeën te brengen. Daarom is per paragraaf achter-eenvolgens beschreven:

- Hoeveel VSV's geheel of gedeeltelijk aan de norm voldoen (grijs gearceerd).
- Welke variatie in de uitvoering de inspectie aantrof.
- Indien van toepassing: wat ouders hierover opmerkten in de gesprekken (in een kader).
- Hoeveel VSV's de gevraagde verbeteringen op 1 januari 2014 hadden gerealiseerd.

Bijlage 2 bevat een tabel met de voortgang van de verbeteringen die in de loop van het inspectieonderzoek in de bezochte regio's zijn gerealiseerd.

In bijlage 3 en 4 zijn een overzicht van de bezochte regio's en het bezoek-programma opgenomen.

In bijlage 5 staat het gehanteerde toetsingskader.

2 Conclusies

De onderstaande constatering is gebaseerd op de resultaten van het inspectiebezoek in de negentien bezochte verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) en het resultaat van verbetermaatregelen die de inspectie vroeg. De situatie ten tijde van de bezoeken is te beschouwen als een afspiegeling van de geboortezorg in Nederland, met uitzondering van de zorg in academische centra.

2.1 **Randvoorwaarden veilige geboortezorg: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen**

Hoofdvraag:

In hoeverre is er sprake van voldoende voorwaarden voor verantwoorde geboortezorg in de netwerken rond moeder en kind?

De inspectie is tevreden over de wijze waarop en het tempo waarmee de VSV's met de aanbevelingen van 'Een goed begin' aan de slag zijn gegaan. Niet alle aanbevelingen waren eenvoudig te realiseren en bij sommige was niet duidelijk wat er precies gevraagd werd.

Wel maakt de inspectie zich zorgen over de constatering dat de aanbevelingen gericht op preventie en de zorg voor kwetsbare zwangeren nog nauwelijks de aandacht krijgen die zij nodig hebben. Omdat hiervan het grootste effect is te verwachten op het terugdringen van sterfte acht zij versnelling hiervan dringend gewenst.

2.2 **Verloskundige samenwerkingsverbanden: eerste stappen gezet**

Onderzoeksvraag 1

In hoeverre hebben zorgverleners hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd dat zij in overeenstemming met het SZG-advies een sluitend netwerk vormen?

In 2011 gaven alle ziekenhuizen aan dat zij een VSV hadden.⁵ Het huidige inspectieonderzoek laat zien dat de mate van organisatie in de praktijk nog sterk varieerde, maar ook dat verbetering mogelijk was. Inmiddels hebben alle bezochte VSV's de organisatie voldoende op orde.

De intensievere samenwerking in de VSV's bleek een goede basis om tot meer eenheid van beleid te komen. Vooral het gezamenlijk bespreken van zwangeren uit eerste en tweede lijn is in de bezochte regio's verbeterd.

Maar voor werkelijk geïntegreerde zorg moet ook in de bezochte regio's nog veel gebeuren. Voor veel zorgverleners was het klaarblijkelijk niet duidelijk hoe zij eenduidige voorlichting, een gezamenlijk zorgpad, casemanagement of een gezamenlijke intake in praktijk kunnen brengen. Verduidelijking en hulp bij de implementatie vanuit de beroepsverenigingen en het CPZ acht de inspectie dan ook een eerste voorwaarde.

2.3 **Gegevensoverdracht meestal gestructureerd, evaluatie moet beter**

Onderzoeksvraag 2

In hoeverre houden zorgverleners zich afzonderlijk en als netwerk aan de bestaande richtlijnen en (veld)normen voor gegevensoverdracht en evaluatie van de zorg?

Op de meeste plaatsen verliep de overdracht van gegevens en afgesproken beleid voldoende gestructureerd. Dat is van belang voor de veiligheid maar ook voor de cliëntgerichtheid van de zorg. Ouders ervoeren een gebrek aan overdracht of het niet gebruiken van informatie van de vorige zorgverlener als teleurstellend. Het is duidelijk dat er veel wordt geregistreerd in de zorg rond zwangerschap en geboorte. De inspectie vindt het onbegrijpelijk dat deze gegevens vervolgens onvoldoende worden gebruikt om in VSV-verband de verleende zorg te evalueren en waar nodig te verbeteren. Dat moet anders, ook om het effect van alle veranderingen die het SZG-advies vraagt te monitoren op regionaal niveau.

2.4 **VSV-brede aandacht voor preventie en kwetsbare zwangeren onvoldoende**

Onderzoeksvraag 3

In hoeverre hebben de zorgverleners in het VSV hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd dat zij tijdig kunnen signaleren wanneer moeder of kind meer nodig heeft dan basiszorg en reageren zij adequaat op deze signalen?

Het risico op perinatale sterfte is verreweg het grootst (vroeg) in de zwangerschap en bij vrouwen met geringe gezondheidsvaardigheden. Het is dan ook verontrustend dat uit het inspectieonderzoek blijkt dat op dit terrein nog nauwelijks voortgang is geboekt. De inspectie vindt dat verbeteringen voor preventie en aandacht voor zwangeren in een achterstandssituatie veel sneller gerealiseerd moeten worden. Preconceptieadviesing, voorlichting en leefstijladviesing tijdens de zwangerschap, een gericht en VSV-breed beleid voor aanstaande moeders met een andere taal en/of culturele achtergrond is dringend nodig. Ook aan de bewustwording hiervan moet nog veel gedaan. Zo werd laaggeletterdheid in de praktijk zelden herkend omdat zorgverleners aannamen dat dit in hun regio niet of nauwelijks voor kwam. Hier moeten VSV's, het CPZ en de beroepsgroepen onverwijld mee aan de slag.

2.5 **Randvoorwaarden voor veilig bevallen, soms na een maatregel, aanwezig**

Onderzoeksvraag 4

In hoeverre hebben de zorgverleners in het VSV hun zorgverlening voor een zwangere en haar kind(eren) afzonderlijk en als netwerk zodanig georganiseerd dat zij snel kunnen ingrijpen in acute situaties?

De randvoorwaarden voor veilig zorg bij de bevalling hebben na de publicatie van het SZG-advies de meeste aandacht gekregen. Ten tijde van de inspectiebezoeken waren de meeste aanbevelingen op dit gebied al gerealiseerd. In enkele ziekenhuizen waar de continuïteit van de zorg tijdens de bevalling onvoldoende was, vroeg de inspectie direct om maatregelen. Dat betekent dat in de bezochte regio's nu altijd gekwalificeerde zorgverleners in het ziekenhuis aanwezig zijn voor de begeleiding en bewaking. En dat bij piekdruk - een onverwacht groter

dan gebruikelijk aantal bevallingen - extra personeel kan worden ingezet. Ook is overall bij een acute situatie duidelijk hoe een snelle aanwezigheid van alle benodigde zorgverleners (gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog en OK-team) geregeld moet worden (protocol parallelle actie) en dit bleek in de praktijk te werken.

Het baarde de inspectie zorgen te ontdekken dat ziekenhuizen de afgelopen jaren op grote schaal een pijnbehandeling met gebruik van remifentanil zijn gaan toepassen. Dit gebeurde zonder, of met sterk variërende, voorwaarden voor een veilig gebruik. Remifentanil is niet geregistreerd voor gebruik bij bevallingen en de richtlijn voor pijnbehandeling bij de bevalling waarschuwde voor risico's bij een onzorgvuldige toepassing.¹¹⁻¹² Inmiddels hebben de betrokken wetenschappelijke verenigingen op verzoek van de inspectie een aanvulling op de richtlijn gemaakt, waarin duidelijke randvoorwaarden voor een veilig gebruik zijn opgenomen.¹³ Dit addendum is onder alle zorgverleners verspreid.

2.6 Sluiting van acute verloskunde afdelingen: monitoren van de gevolgen en borgen van extra randvoorwaarden noodzakelijk

Onderzoeksvraag 5

Wat zijn de gevolgen van de concentratie van verloskundige zorg en de (voorgenomen) sluiting van een afdeling klinische verloskunde in de regio voor zwangeren en voor de zorg rond moeder en kind.

De inspectie constateerde dat tijdige voorlichting voor ketenpartners en voor zwangeren essentieel is om in de periode rond de (voorgenomen) sluiting van een verloskundeafdeling onzekerheid en onrust te beperken.

In de praktijk leek een sluiting niet tot extra onveiligheid te leiden. Voorwaarde hiervoor is wel dat de noodzakelijke extra randvoorwaarden, zoals extra achterwachtmogelijkheden voor eerstelijns verloskundigen en extra inzet van ambulances, zijn geborgd.

Door een sluiting veranderde wel de keuzemogelijkheid voor de plaats van de bevalling. Een thuisbevalling was soms in een deel van de regio niet meer mogelijk, elders leidde het juist tot een toename van het aantal thuisbevallingen. Hoewel een zwangere na de sluiting voor een ziekenhuisbevalling meestal kon kiezen voor verschillende vervangende ziekenhuizen, werd die keuze soms beperkt door de langere reistijd voor zwangerschapscontroles. De inspectie vindt het ongewenst dat bij concentratie van acute zorg niet gelijktijdig basiszorg dichtbij wordt geregeld. Ook acht de inspectie het onaanvaardbaar dat veiligheid en bereikbaarheid in de nieuwe situatie niet systematisch worden gemonitord.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Gezien het doel van dit onderzoek richt de inspectie zich met haar maatregelen en aanbevelingen op het gehele netwerk rond moeder en kind en vraagt de individuele zorgverlener of instelling^b hieraan de noodzakelijke medewerking te verlenen. Formeel valt het VSV niet onder het toezicht van de inspectie, omdat het (nog) geen juridische entiteit is en over het algemeen ook niet de status heeft om maatregelen bij de deelnemende zorgverleners en instellingen af te dwingen. De zorgverleners en instellingen binnen het VSV vallen echter wel onder het toezicht van de inspectie.

In de bezochte regio's vroeg de inspectie om verbeteringen die het VSV of de individuele zorgverlener of instelling binnen drie of zes maanden moest realiseren. Waar de inspectie een situatie aantrof die hoge risico's met zich meebracht voor de veiligheid van moeder en kind, trof de zorgaanbieder direct de noodzakelijke maatregelen. Ook voor de meeste andere verbeteringen hebben de VSV's en de deelnemende instellingen inmiddels bevestigd dat die zijn gerealiseerd. De in dit hoofdstuk genoemde maatregelen zijn daarom ook gericht op de niet-bezochte VSV's en de daaraan deelnemende zorgverleners en instellingen. De inspectie verwacht dat zij eveneens aan de normen voldoen.

3.2 Aanbevelingen voor VSV's

3.2.1

Verbeteringen die alle VSV's binnen drie maanden dienen te realiseren

- Vaststellen van samenwerkingsafspraken tussen de VSV-partners, of bestaande afspraken over samenwerking in de verloskundige keten vastleggen.
- Instellen van een multidisciplinair bestuur met vastgelegde taken en verantwoordelijkheden ten opzichte van de overige leden.
- Opstellen van een gezamenlijke visie en missie voorzien van een tijdpad, prioritering en aanspreekpunt.
- Evaluatie van het verwijsbeleid tussen eerste en tweede lijn en waar nodig nieuwe afspraken hiervoor maken en implementeren.
- Starten met het opstellen en implementeren van VSV-brede protocollen.
- Zorg dragen dat alle beroepsgroepen uit het VSV deelnemen aan de landelijke registratie van zorggegevens.
- Zorgen voor een jaarlijkse VSV-brede evaluatie van de verleende zorg op basis van PRN en overige relevante gegevens.
- Opstellen en implementeren van een protocol parallelle actie gebaseerd op landelijke afspraken en het SZG-advies.
- Het protocol parallelle actie afstemmen met de ambulancezorg.
- Voorzien in een structurele evaluatie van parallelle acties (en zo nodig bijstelling van het protocol).

De inspectie verwacht uiterlijk 1 oktober 2014 van alle VSV's die niet zijn bezocht een schriftelijke bevestiging dat dit gerealiseerd is.^c Zij zal hen hiertoe, in aansluiting op de publicatie van dit rapport, schriftelijk uitnodigen.

3.2.2

Verbeteringen die alle VSV's binnen zes maanden dienen te realiseren

- Afspraken maken over de deelname of vertegenwoordiging van alle kraamzorgorganisaties in de regio.

b Met instelling bedoelt de inspectie, conform de Kwaliteitswet zorginstellingen: 'het organisatorisch verband dat strekt tot verlening van zorg'.

c Zie voor de eisen ook het toetsingskader in bijlage 5.

- Beleid vaststellen voor welke zwangeren bij welke termijn structureel besproken worden tussen eerstelijns verloskundigen en gynaecologen.
- VSV-breed beleid opstellen voor de stoppen met roken begeleiding van zwangeren.
- VSV-breed beleid opstellen voor de voorlichting aan zwangeren.
- VSV-breed beleid vaststellen voor zwangeren in achterstandssituaties en zwangeren die extra zorg behoeven, zoals zwangeren met psychosociale problemen.

De inspectie verwacht uiterlijk 1 januari 2015 van alle VSV's die niet zijn bezocht een schriftelijke bevestiging dat dit gerealiseerd is. Zij zal hen hiertoe, in aansluiting op de publicatie van dit rapport, schriftelijk uitnodigen.

Daarnaast blijven de SZG-adviezen over casemanagerschap, geboorteplan en zorgpad, preconceptieadvies, huisbezoek en beleid bij laaggeletterdheid en taal/cultuurverschillen van belang voor de gewenste verbetering in de uitkomsten van de zorg rond zwangerschap en geboorte. De inspectie vraagt het CPZ en de beroeps-groepen om voor 1 januari 2015 hiervoor meer duidelijkheid te bieden. Dit laat onverlet dat een verantwoord beleid bij deze onderwerpen tot de eigen verantwoordelijkheid van ieder VSV behoort.

3.3 Maatregelen voor eerstelijns verloskundigenpraktijken

De inspectie verwacht van eerstelijns verloskundige praktijken dat zij meewerken aan de verbeteracties die voor het VSV nodig zijn.

3.3.1 Verbeteringen die verloskundigen daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren

- Regelen dat bij verwijzing van eerste naar tweede lijn gegevens tijdig in het ziekenhuis aanwezig zijn;
- Afspraken maken en implementeren met de kraamzorgorganisaties met wie zij samenwerken over de overdracht via en het meelezen in het kraamdossier.

De inspectie verwacht dat alle eerstelijns verloskundigenpraktijken die niet voldoen aan de eisen en waar een of meer van deze aspecten ontbreken dit uiterlijk 1 oktober 2014 hebben gerealiseerd. De inspectie zal dit opnemen in haar reguliere toezicht, zoals bij de beoordeling van meldingen over de verloskundige zorg (incidententoezicht) en in haar risicotoezicht.

3.4 Maatregelen voor het ziekenhuis

De inspectie verwacht van het ziekenhuis - de raad van bestuur en de professionals - dat zij meewerken aan de verbeteracties die voor het VSV nodig zijn.

3.4.1 Maatregelen die het ziekenhuis direct moet nemen

In de bezochte regio's trof de inspectie een enkele maal een risico voor de veiligheid van moeder en kind in het ziekenhuis. Omdat deze risico's zich ook elders kunnen voordoen, moet de raad van bestuur van niet bezochte ziekenhuizen nagaan hoe het is gesteld met de continuïteit van de medische zorg bij de bevalling en de afspraken bij acute problemen in haar ziekenhuis.

- Als het aantal gynaecologen te klein is om te garanderen dat altijd binnen 30 minuten een gynaecoloog in huis is moet de raad van bestuur direct maatregelen nemen om 7x24 uur specialistische zorg te kunnen garanderen.
- Waar niet 7x24 uur een geautoriseerd obstetrisch professional (GOP) aanwezig is, moet de raad van bestuur direct maatregelen nemen zodat er altijd een gynaecoloog of GOP aanwezig is als iemand op de verloskamer is opgenomen.
- Monitoren van 'volmeldingen' van de verloskamers en zorg dragen voor een voldoende capaciteit op de verlosafdeling voor geplande eerste en tweedelijns bevallingen.

- Als bij een acute zorgvraag door een eerstelijns verloskundige de verloskundige professional in het ziekenhuis eerst een eigen beoordeling nodig acht (hertriage), voordat deze de noodzakelijke disciplines oproept, moet het ziekenhuis het beleid direct aanpassen zodat het overeenkomt met de landelijke eisen voor parallelle actie.

3.4.2 *Verbeteringen die ziekenhuizen daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren*

- Zorgdragen voor een toelatingsovereenkomst met alle eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, die op reguliere basis bevallingen binnen het ziekenhuis begeleiden, danwel de verloskundige of huisarts die geen toelatingsovereenkomst heeft ondertekend de toegang tot de verloskamers ontzeggen.
- Zorgdragen voor een adequaat inwerkstelsel voor arts-assistenten, klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen.
- Een systeem voor een adequaat opleidingsbeleid, monitoren en autoriseren van bekwaamheden van arts-assistenten, klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen invoeren.
- De (organisatorische) positie van de klinisch verloskundige expliciteren en vastleggen en zorgen voor een adequate taakafbakening tussen arts-assistenten, klinisch verloskundigen, O&G-verpleegkundigen en kraamverzorgenden.
- Afspraken maken voor een gestructureerde en systematische medische overdracht.
- Afspraken maken voor een gestructureerde en systematische verpleegkundige overdracht.
- Borgen dat gegevens van eerdere zorgverleners structureel in het dossier opgenomen worden.
- Een adequaat beleid opstellen voor de begeleiding en bewaking van de bevalling bij piekdrukke op de verlosafdeling.
- Zorg dragen dat adequate pijnstilling 7x 24 uur laagdrempelig beschikbaar is.
- Bij gebruik van remifentanyl zorgdragen voor een adequate monitoring door hiervoor geautoriseerde medewerkers conform de aanvulling op de richtlijn.
- Borgen dat medewerkers die de bewaking van de bevalling verzorgen voldoende getraind zijn in de beoordeling van het CTG en de bekwaamheid volgens autorisatie is vastgelegd. Niet geautoriseerde medewerkers mogen niet zelfstandig een bevalling bewaken.
- Zorgen voor een zodanige logistiek voor de MBO-bepaling (microbloedonderzoek van de foetus) dat dit geen belemmering vormt voor het gebruik.

De inspectie verwacht dat alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling die niet voldoen aan de eisen en waar één of meer van deze aspecten ontbreken dit uiterlijk 1 oktober 2014 hebben gerealiseerd. De inspectie zal dit opnemen in haar reguliere toezicht, zoals bij de beoordeling van meldingen over de verloskundige zorg (incidententoezicht) en in haar risicotoezicht waaronder de jaargesprekken.

3.4.3 *Verbeteringen die ziekenhuizen daarnaast binnen zes maanden dienen te realiseren*

- Eenduidige dossiervoering borgen en de toegang tot het verloskundig dossier voor de kinderartsen mogelijk maken.

De inspectie verwacht dat alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling die niet voldoen aan deze eis dit uiterlijk 1 januari 2015 hebben gerealiseerd. De inspectie zal dit opnemen in haar reguliere toezicht, zoals bij de beoordeling van meldingen over de verloskundige zorg (incidententoezicht) en in haar risicotoezicht waaronder de jaargesprekken.

3.5 **Maatregelen voor de kraamzorgorganisaties**

De inspectie verwacht van kraamzorgorganisaties dat zij meewerken aan de verbeteracties die voor het VSV nodig zijn.

3.5.1 *Verbeteringen die kraamzorgorganisaties daarnaast binnen drie maanden dienen te realiseren*

- Zorgdragen dat het kraamzorgdossier voldoet aan de eisen voor adequate verslaglegging;
- Afspraken maken en implementeren met de verloskundigen over de overdracht via en het meelezen in het kraamdossier.

De inspectie verwacht dat alle kraamzorgorganisaties die niet voldoen aan de eisen en waar één of meer van deze aspecten ontbreken dit uiterlijk 1 oktober 2014 hebben gerealiseerd. De inspectie zal dit opnemen in haar reguliere toezicht, zoals bij de beoordeling van meldingen over de verloskundige zorg (incidententoezicht) en in haar risicotoezicht.

3.6 **Aanbevelingen voor het CPZ en de beroepsgroepen**

3.6.1 *Uitwerking van onduidelijke SZG-aanbevelingen*

Uit de bezoeken bleek een grote variatiebreedte te bestaan bij een aantal onderwerpen die in het SZG-advies zijn opgenomen vanwege hun belang voor de gewenste verbetering in de uitkomsten van de zorg rond zwangerschap en geboorte. Over de definitie en gewenste uitwerking in de praktijk bleek grote onduidelijkheid. Daarom vraagt de inspectie het CPZ en de betrokken beroepsgroepen om voor 1 januari 2015 een aantoonbare start gemaakt te hebben om te komen tot duidelijke en voor de VSV's werkbare afspraken over:

- Het casemanagerschap.
- Het geboorteplan en zorgpad.
- Het huisbezoek.
- Het beleid bij laaggeletterdheid.
- Het beleid bij taal/cultuurverschillen.
- Preconceptieadvisering.

3.6.2 *Aanvullende richtlijn voor het gebruik van remifentanyl*

Op basis van de bevindingen van het inspectieonderzoek (zie hoofdstuk 4.6.3) heeft een werkgroep van de KNOV, NVOG, NVA en NVZA^d een aanvulling op de richtlijn pijnbehandeling bij de bevalling opgesteld. Hierin hebben zij de noodzakelijke voorwaarden voor een veilig gebruik van remifentanyl beschreven. De inspectie vraagt de besturen van de genoemde wetenschappelijke verenigingen zo spoedig mogelijk doch uiterlijk 1 juli 2014 te bevestigen dat dit een formeel door de beroepsgroepen aangenomen aanvulling op de richtlijn betreft. Daarnaast vraagt zij de besturen om zo spoedig mogelijk doch uiterlijk 1 juli 2014 hun achterban te informeren over de aanvulling op de richtlijn en de noodzaak hierop gebaseerde lokale afspraken te maken voor het veilig gebruik van remifentanyl.

3.7 **Aanbevelingen bij (voorgenomen) concentratie van geboortezorg**

- Ziekenhuizen die concentratie van geboortezorg overwegen moeten de ketenpartners tijdig betrekken.
- De VSV's van de betrokken regio's moeten zo vroeg mogelijk in het proces samenwerken zodat de verloskundige samenwerking in de regio naadloos doorgaat op het moment dat de sluiting geëffectueerd wordt.
- Ziekenhuizen en VSV's moeten bij een voorgenomen sluiting gezamenlijk zorgdragen voor afstemming van protocollen en werkwijzen binnen ziekenhuizen en tussen eerste en tweede lijn uit de beide regio's.
- Ziekenhuizen en VSV's moeten bij een voorgenomen sluiting gezamenlijk zorgdragen voor voldoende voorlichting voor zwangeren in de regio.

^d KNOV : Koninklijke Organisatie van Verloskundigen, NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, NVA: Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen, NVZA: Nederlandse vereniging van ziekenhuisapothekers.

- ROAZ en RAV moeten zorgen dat de bereikbaarheid bij spoedindicaties op peil blijft.
- Zorgverzekeraars moeten bij sluiting van een verlosafdeling zorgen voor een sluitende achterwachting voor eerstelijns verloskundigen.
- Zorgverzekeraars moeten bij sluiting van een verlosafdeling de bereikbaarheid meewegen bij de indicatie voor een poliklinische bevalling.
- Ziekenhuizen in de regio moeten zorgen dat poliklinische tweedelijnszorg in de regio op peil blijft, ook als de zwangere niet voor het 'fusie-ziekenhuis' kiest.
- Ziekenhuis en VSV moeten nadat een sluiting is geëffectueerd de gevolgen voor de bereikbaarheid van de geboortezorg monitoren en indien nodig maatregelen nemen om die te verbeteren.

3.8 Vervolgacties inspectie

De inspectie verzoekt het CPZ uiterlijk 1 januari 2015 de inspectie schriftelijk te informeren over de voortgang bij het formuleren van werkbare adviezen zoals gevraagd in paragraaf 3.6.1.

Bij de bezochte regio's volgt de inspectie de opvolging van de maatregelen door de beoordeling van schriftelijke rapportages. Indien het VSV of de daaraan verbonden instellingen onvoldoende vertrouwen geven in een adequate verbetering van onderdelen die niet aan de norm voldoen, zal zij passende maatregelen treffen.

Van de niet-bezochte regio's verwacht de inspectie dat het VSV en de daaraan verbonden instellingen eveneens binnen drie of zes maanden voldoen aan de normen waarvoor de inspectie bij de bezochte regio's maatregelen vroeg.

De inspectie verwacht van alle VSV's uiterlijk op 1 oktober 2014 respectievelijk 1 januari 2015 een schriftelijke bevestiging hiervan. Zij zal hen hiertoe, in aansluiting op de publicatie van dit rapport, schriftelijk uitnodigen. Daarnaast zal de inspectie steekproefsgewijs toetsen of de VSV's hieraan voldoen.

Voorts gebruikt de inspectie de toetsingskaders en resultaten van het toezicht-onderzoek Geboortezorg in haar reguliere toezicht, zoals bij de beoordeling van meldingen over de verloskundige zorg (incidententoezicht) en in haar risicotoezicht.

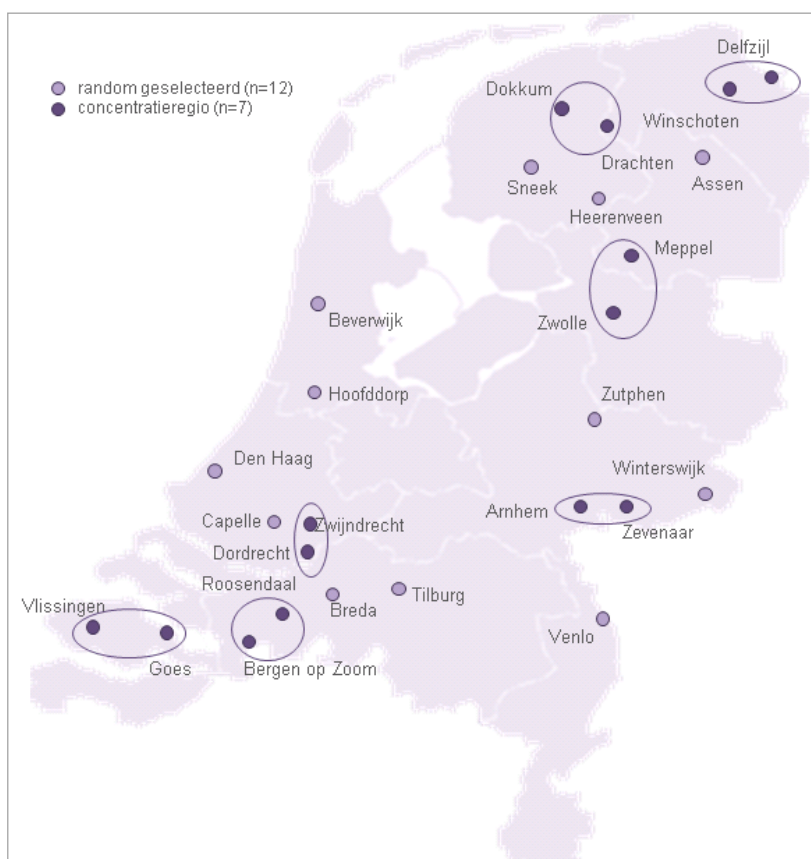
4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de bevindingen bij de bezoeken die de inspectie bracht aan negentien Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Vanaf paragraaf 4.2 begint iedere paragraaf met het aantal VSV's dat ten tijde van het bezoek aan de norm voldeed (grijs gearceerd). Daarna volgt een beschrijving van de variatie die de inspectie aantroef. De in een kader geplaatste teksten zijn afkomstig uit de gesprekken met de ouderparen. Waar van toepassing, staat aan het eind van iedere paragraaf het resultaat beschreven van verbeteringen die voor 1 januari 2014 waren gerealiseerd.

4.1 De bezochte VSV-regio's gaven een afspiegeling van de geboortezorg in Nederland

4.1.1 Regio's gespreid over het land

De IGZ bezocht negentien regio's waarbij zowel regio's in de Randstad en stedelijke gebieden in Overijssel en Brabant als regio's in plattelandsgebieden vertegenwoordigd waren (figuur 1). Universitair Medische Centra ontbraken.



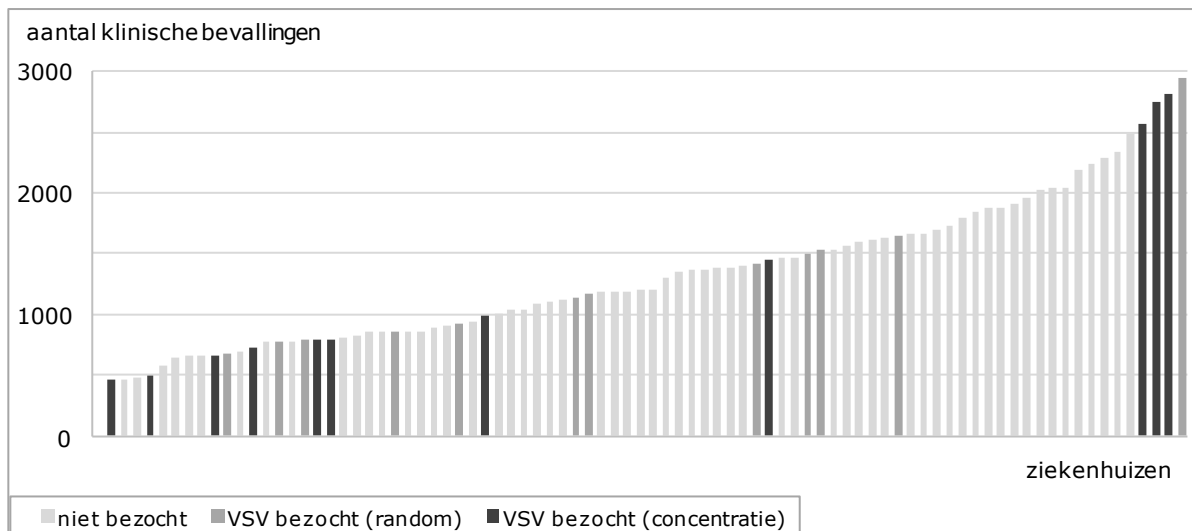
Figuur 1. Spreiding van de bezochte VSV-regio's en hun verzorgingsgebied

Iedere regio kende een eigen samenstelling van bevolkingsgroepen die bijzondere zorg vereisten: relatief veel autochtone bewoners met een laag opleidingsniveau en lage sociaal economische status (SES) in plattelandsgebieden, relatief veel allochtone bewoners met taal- en cultuurverschillen in de Randstad, zwangeren uit een nabij-

gelegen asielzoekerscentrum of een omvangrijke groep zwangeren met psychiatrische problematiek.

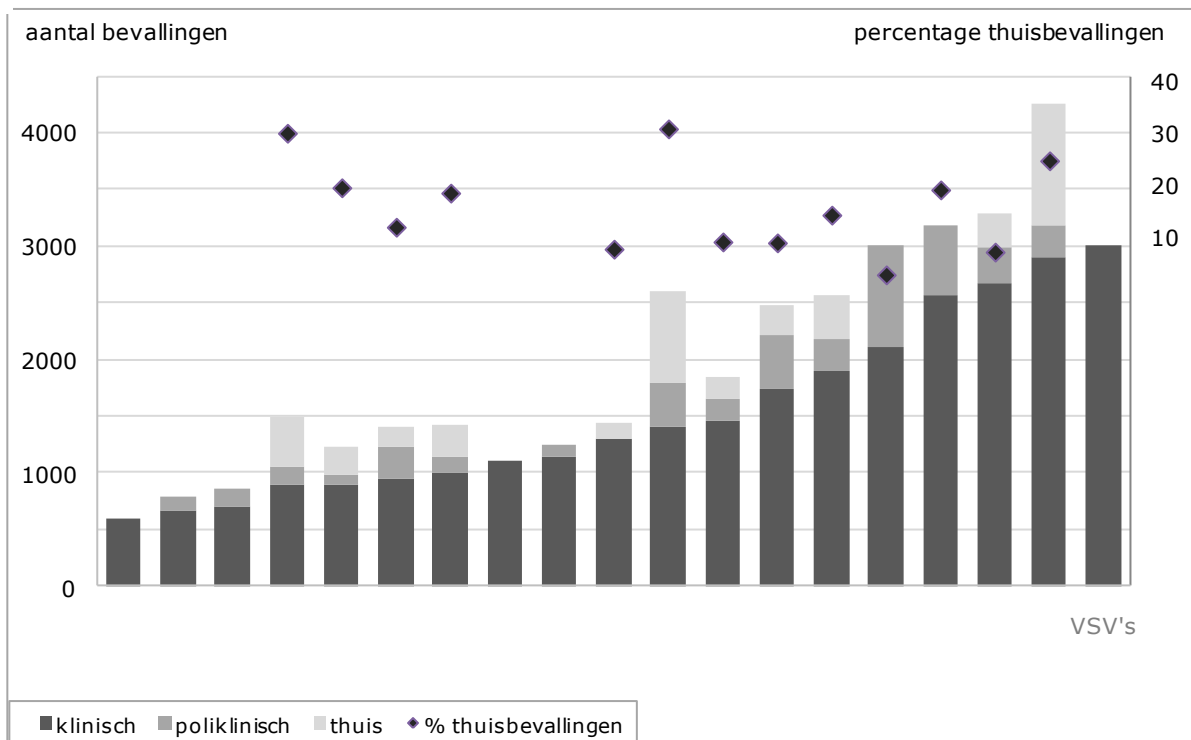
4.1.2 Kengetallen representatief voor Nederland

Het aantal klinische bevallingen was gemiddeld 1.500 per regio en varieerde van 600 tot 3.000 per jaar. Afgezet tegen het aantal klinische bevallingen uit het hele land in 2009, vormden de bezochte regio's een representatieve selectie (figuur 2). Dit gold zowel voor de regio's uit de random selectie als voor de regio's die waren geselecteerd omdat concentratie van zorg een rol speelde.



Figuur 2. Totaal aantal klinische bevallingen per ziekenhuis in Nederland in 2009 (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg Het resultaat telt 2009)

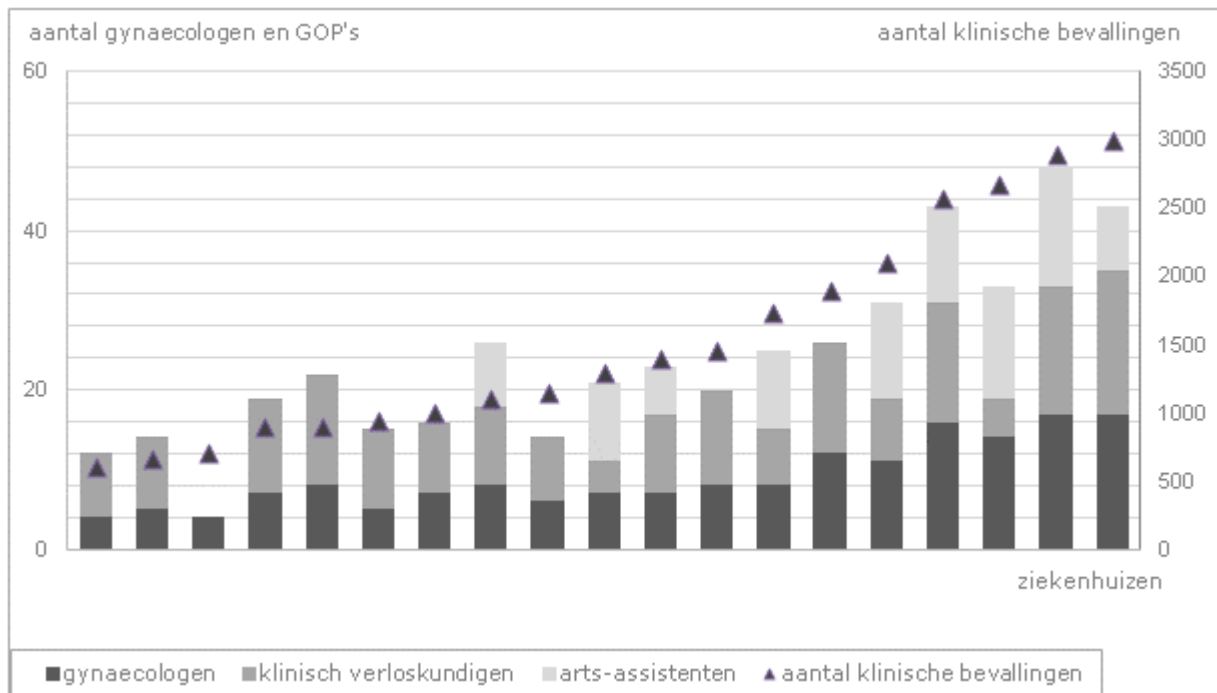
Gegevens over het aantal poliklinische bevallingen of het aantal thuisbevallingen waren niet in alle regio's voorhanden, enerzijds omdat niet alle eerstelijns verloskundigenpraktijken in het onderzoek deelnamen, anderzijds doordat het verzorgingsgebied van eerstelijns praktijken deels buiten de bezochte VSV-regio viel. In dertien regio's waar de gegevens wel beschikbaar waren, was het percentage thuisbevallingen gemiddeld 20 procent, variërend van minder dan 10 tot meer dan 30 procent per regio (figuur 3).



Figuur 3. Aantal bevallingen en percentage thuisbevallingen per regio

Het aantal eerstelijns verloskundigen varieerde van twaalf tot meer dan vijftig per regio. Enkele verloskundigen werkten in een solopraktijk, de meeste werkten samen in praktijken met drie tot vier vaste verloskundigen en een of meer waarnemers. In vijf regio's hadden alle of een deel van de eerstelijns praktijken zich verenigd in een coöperatie of netwerk. In één regio waren eerstelijns verloskundigen tevens werkzaam als klinisch verloskundige in het ziekenhuis. Het werkgebied van eerstelijns verloskundigen viel niet altijd samen met het verzorgingsgebied van één VSV en zij namen daarom vaak deel aan meerdere VSV's. In één regio was de afspraak dat eerstelijns verloskundigen die in verschillende ziekenhuizen bevallingen begeleiden, lid zijn van één VSV omdat het VSV anders te groot werd.

Het aantal gynaecologen en geautoriseerde verloskundige medewerkers (GOP: klinisch verloskundigen en/of arts-assistenten) hing samen met het aantal klinische bevallingen (figuur 4). In negen van de negentien regio's werkten arts-assistenten op de afdeling verloskunde. Het aantal gynaecologen varieerde van vier tot zeventien per regio en het aantal klinisch verloskundigen van nul tot achttien. In vijf ziekenhuizen waren niet voldoende klinisch verloskundigen voor een bezetting rond de klok. In drie daarvan werd dit gecompenseerd door de aanwezigheid van arts-assistenten, waardoor wel 7x24 uur een GOP aanwezig was.



Figuur 4. Aantal klinische bevallingen en aantal gynaecologen en GOP's per regio

De verpleegkundige zorg werd verleend door Obstetrie en Gynaecologie (O&G) verpleegkundigen aangevuld met algemeen verpleegkundigen en soms kraamverzorgenden. In enkele ziekenhuizen waren de O&G-verpleegkundigen (deels) vervangen door Obstetrie en Neonatologie (O&N)verpleegkundigen of bestonden plannen hiervoor. In het ziekenhuis werkten gemiddeld 9 kinderartsen, 4-22 per regio.

4.1.3 Organisatie van de zorg niet overal gelijk

Voor een eerstelijns bevalling in het ziekenhuis konden de eerstelijns verloskundige en de aanstaande moeder in ongeveer de helft van de ziekenhuizen op één van de tweedelijns verloskamers op de verlosafdeling terecht. In de andere helft waren er aparte verloskamers voor eerstelijns bevallingen. Dat varieerde van een aparte afdeling, los van de verlosafdeling van het ziekenhuis tot één of enkele aparte kamers op de verloskundeafdeling. Soms betrof het een kleinere verloskamer dan voor de tweedelijns bevallingen werd gebruikt, meestal was het een meer huiselijk ingerichte kamer. Soms kon deze worden getransformeerd in een volledig tweedelijns geoutilleerde ruimte als tijdens de bevalling onverwacht hulp van een gynaecoloog nodig was. In andere ziekenhuizen moest de aanstaande moeder tijdens de bevalling worden overgeplaatst naar de tweedelijns afdeling als een indicatie voor de tweedelijnszorg ontstond.

In meer dan de helft van de ziekenhuizen konden de ouders met hun kind blijven op de kamer waar de bevalling plaatsvond - een kraamsuite -, of werden zij overgeplaatst naar een eigen kamer waar zij samen konden verblijven - een gezinskamer.

Ook als de baby na de geboorte kindergeneeskundige zorg nodig had, konden moeder en kind in veel ziekenhuizen samen blijven. De baby kon verzorgd en behandeld worden op de genoemde kraamsuite of gezinskamer, zeker als er Obstetrie en Neonatologie (O&N) verpleegkundigen waren. In twee ziekenhuizen kon de moeder mee opgenomen worden op de kinderafdeling in een zogenoemde

neosite. Maar in de meeste ziekenhuizen werden moeder en kind als de baby ziek was ieder op een eigen afdeling opgenomen.

In alle regio's bestonden goede afspraken met het perinatologisch centrum in de regio. Bij een dreigende vroeggeboorte of andere (verwachte) complicaties werd de moeder al voor de bevalling hierheen verwezen. Bij onverwachte complicaties van het kind na de geboorte werd het kind opgehaald door de transportdienst van het centrum uit de regio en kon in de meeste gevallen de moeder mee overgeplaatst worden.

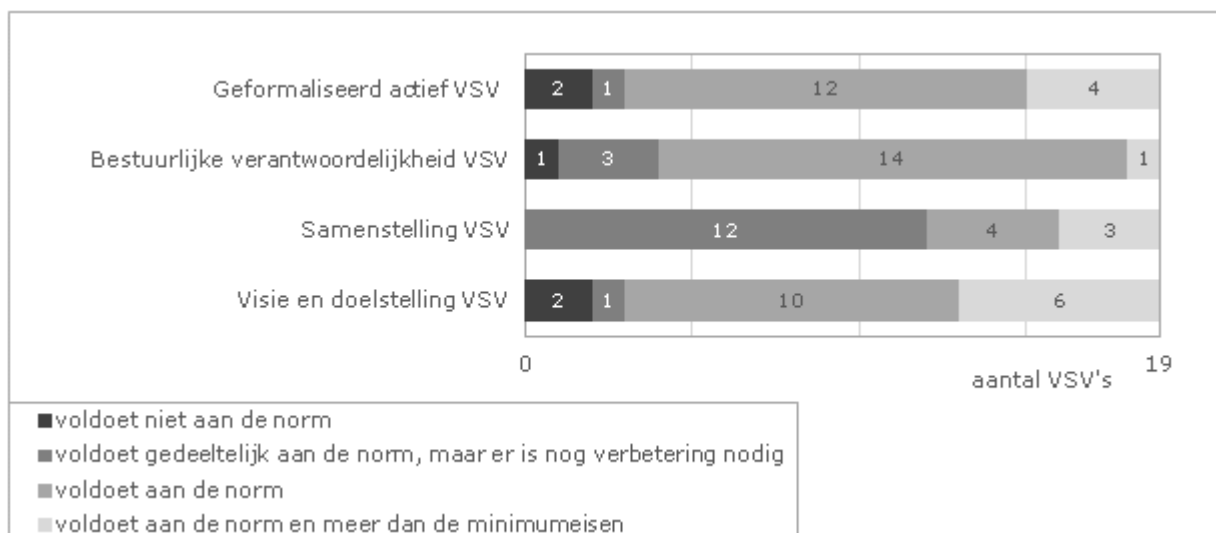
Voor echo-onderzoek tijdens de zwangerschap konden vrouwen op verschillende plaatsen terecht: bij de eigen verloskundige, bij een gespecialiseerde verloskundige in de eigen praktijk, in een echo- of geboortecentrum waar verloskundige specialisten echo-onderzoek en soms ook versies verrichten of in het ziekenhuis. Een echocentrum was soms een eerstelijns centrum, soms een gecombineerd eerste- en tweedelijns centrum.

In alle regio's waren meerdere kraamzorgorganisaties actief. In vijf regio's ging dat om een grote organisatie die het merendeel van de kraamzorg verleende, naast meerdere kleinere organisaties die dat minder frequent deden. In andere regio's was de kraamzorg verdeeld over vijf tot zeven verschillende kraamorganisaties. In vier regio's was sprake van een kraamzorgorganisatie in een kraamkliniek of geboortecentrum binnen het ziekenhuis en in zeven andere van vergevorderde plannen hiertoe.

In elf regio's werden naast het VSV andere samenwerkingsverbanden genoemd waarin eerste en soms tweedelijns verloskundige professionals samenwerkten met kraamzorgorganisaties, GGD'en en gemeentelijke of provinciale overheidsinstellingen.

4.2 VSV's, een wereld vol verschillen

Het SZG-advies bevat specifieke voorwaarden voor de samenwerking in het VSV. Dit betreft de aanwezigheid van een operationeel VSV, de organisatie en aansturing, de actieve deelname van alle professionals die samen de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren en het realiseren van afstemming en onderling vertrouwen. In figuur 5 is weergegeven hoe de bezochte VSV's scoorden op de normen voor de organisatie van een VSV (zie bijlage 5).



Figuur 5. Organisatie van de VSV's zoals opgenomen in het definitieve VSV-rapport

4.2.1 *Nog niet alle regio's een geformaliseerd actief VSV*

In twaalf regio's was een formeel, in een notitie vastgelegd VSV met regelmatige bijeenkomsten met een vast programma. Besluiten en notulen werden actief gecommuniceerd naar alle betrokkenen. Besluiten waren bindend voor alle betrokkenen. Zij voldeden hiermee aan de norm.

In vier regio's was bovendien de besluitvormingsprocedure beschreven en werd deze geëvalueerd. Zij voldeden daarmee aan meer dan de minimumeisen.

Eén regio voldeed gedeeltelijk aan de norm. Hier waren wel regelmatige bijeenkomsten met een vast programma, maar was de opgestelde startnotitie nog niet ondertekend.

Twee regio's voldeden niet aan de norm. Hier waren eveneens regelmatige bijeenkomsten, maar de organisatie van het VSV was onduidelijk en er waren nog geen samenwerkingsafspraken gemaakt.

Meestal was het VSV een voortzetting, uitbreiding en formalisering van een al jaren bestaand verloskundig overleg tussen de eerste en tweede lijn. Het SZG-advies over de samenwerking werd over het algemeen gevoeld als een goede aanjager en de formalisering leidde in de meeste regio's tot een intensiever contact.

In alle regio's waren er bijeenkomsten met een concrete agenda, waarbij de frequentie varieerde van een- tot tweemaal per jaar in vier regio's tot maandelijks in eveneens vier regio's. De omvang van de bijeenkomsten varieerde van een overleg met tien tot twaalf, al dan niet gemandateerde, vertegenwoordigers namens de deelnemende disciplines en praktijken tot bijeenkomsten met 50-70 deelnemers. In zeven regio's bestond een 'kerngroep' of 'stuurgroep' die besluiten voorbereidde. De (half)jaarlijkse plenaire vergadering fungeerde daar ter informatie en bevestiging van het beleid van deze kerngroep. Daarnaast kenden alle VSV's aparte werkgroepen die zich met specifieke onderwerpen bezig hielden, zoals protocollen, voorbereiding van de perinatale audit, bespreking van de PRN-cijfers of het onderhouden van contacten met externe partijen.

Op 1 januari 2014 hadden alle VSV's samenwerkingsafspraken gemaakt, in twee regio's moesten die nog formeel worden vastgelegd.

4.2.2 *VSV-bestuur meestal multidisciplinair*

Veertien VSV's hadden een multidisciplinair bestuur, waarbij de taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers waren vastgelegd. Zij voldeden daarmee aan de norm.

Eén VSV voldeed aan meer dan de minimumeisen. Dit VSV had ook de verantwoordelijkheid en bevoegdheid ten opzichte van andere bestuurders en gremia vastgelegd.

Drie VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Zij hadden een multidisciplinair bestuur, maar hadden de taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers niet vastgelegd.

Eén VSV had een monodisciplinair bestuur waarvan de taken en bevoegdheden ten aanzien van de deelnemers niet waren vastgelegd en voldeed daarmee niet aan de norm.

Op 1 januari 2014 hadden twee VSV's inmiddels een bestuursomschrijving met taken en bevoegdheden opgesteld, de derde was hiermee na een recente samenvoeging van twee VSV's nog bezig.

Het vierde VSV heeft de inspectie laten weten dat zij een voorstel voor een multi-disciplinair bestuur hadden opgesteld dat naar verwachting medio februari 2014 zou worden vastgesteld.

4.2.3 Samenstelling VSV: vooral verloskundige professionals

In vier regio's namen alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen^e deel aan het VSV met gemandateerde vertegenwoordigers en waren alle disciplines bij de vergaderingen en in werkgroepen vertegenwoordigd. Zij voldeden daarmee aan de norm.

Drie regio's voldeden aan meer dan de minimumeisen. Hier namen naast de genoemde disciplines ook anderen deel aan het VSV-overleg.

Twaalf regio's voldeden gedeeltelijk aan de norm, omdat kraamzorgorganisaties niet vertegenwoordigd waren en in één VSV een kinderarts ontbrak.

In drie regio's namen alle kraamzorgorganisaties deel aan het VSV, in zes andere regio's was één van de kraamzorgorganisaties betrokken, waarbij soms wel, soms niet afspraken over de vertegenwoordiging van de overige organisaties gemaakt waren. In vijf regio's waar de kraamzorg niet was betrokken bij het VSV waren hiertoe wel plannen. Het grote aantal kraamzorgorganisaties in de regio werd soms genoemd als belemmering voor opname van de kraamzorg in het VSV. In tenminste twee regio's werd dit ondervangen doordat de kraamzorgorganisaties zich in een regionaal samenwerkingsverband hadden verenigd waarin zij zorginhoudelijke afspraken maakten.

Variatie in deelname aan VSV:

- In zes van de negen regio's met arts-assistenten waren deze niet betrokken bij het VSV en was het VSV bij hen vaak niet bekend.
- In elf regio's waren O&G-verpleegkundigen vertegenwoordigd in het VSV. In drie VSV's was dit doordat zij zelf aanwezig waren, in acht andere regio's werden zij vertegenwoordigd door het afdelingshoofd of de organisatorisch manager.
- In twee regio's was een vertegenwoordiger van de ambulancedienst betrokken bij het VSV.
- Op indicatie werden soms uitgenodigd: anesthesiologen, fysiotherapeuten, medewerkers uit het echocentrum en in één regio een directiesecretaresse die voor het verslag zorgde.
- Deelname aan het VSV was in de meeste regio's vrijwillig, maar niet vrijblijvend. In enkele regio's was deelname aan het VSV voor de eerstelijns verloskundigen een voorwaarde in de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis.

Omdat het maken van samenwerkingsafspraken in de praktijk veel tijd vergt, gaf de inspectie de VSV's hiervoor de tijd tot 1 april 2014. Drie VSV's lieten al voor 1 januari weten dat kraamzorgorganisaties inmiddels in het VSV waren vertegenwoordigd.

^e Eerstelijns verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen (indien in de regio aanwezig), gynaecologen, klinisch verloskundigen, kinderartsen en kraamzorgorganisaties.

4.2.4 Visie en doelstelling VSV veelal globaal

Tien VSV's voldeden aan de norm. Zij hadden een missie en visie vastgelegd waarin doelen in algemene en min of meer vergelijkbare bewoording waren neergelegd. Deze visie was bekend bij de aan het VSV deelnemende disciplines. Zes VSV's voldeden aan meer dan de minimumeisen. Zij hadden concrete doelstellingen met tijdpad, prioritering en aanspreekpunt opgenomen in het visiedocument.

Eén VSV voldeed gedeeltelijk aan de norm. Hier waren missie en visie besproken, maar nog niet vastgelegd.

In twee VSV's was geen overeenstemming over de visie en missie. Zij voldeden niet aan de norm.

Als uiteindelijk doel werd in veel regio's het bereiken van een zorgcontinuüm in de verloskunde genoemd. Als algemene doelen werden genoemd:

- Het bevorderen van de kwaliteit van de individuele verloskundige zorgverlening.
- Het vastleggen van afspraken wie verantwoordelijk is voor welke zorg.
- Het vastleggen van de organisatie van de verloskundige zorg in de regio.
- Het afstemmen van de eerste en tweedelijns zorg op vakinhoudelijk en beleidsmatig gebied.
- Het bevorderen van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn of alle betrokkenen bij de verloskundige zorg.

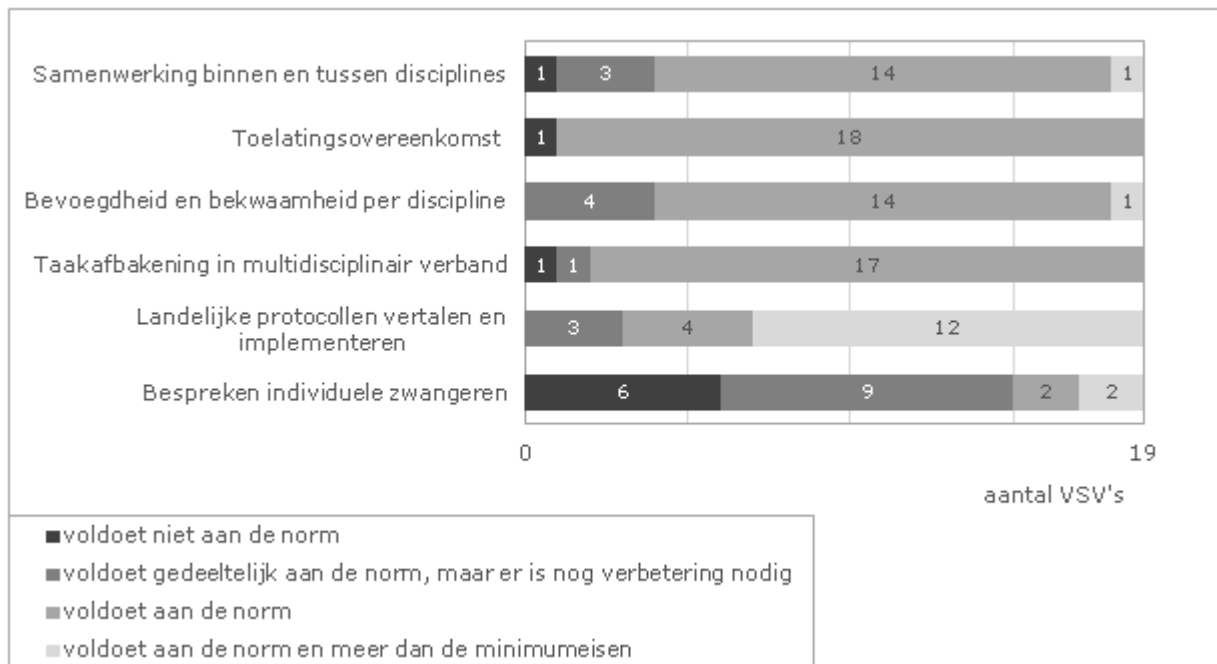
In de regio's waar doelen meer concreet benoemd waren, waren veelal werkgroepen ingesteld om deze doelen nader uit te werken. Dat ging dan vooral om het vaststellen van zorgpaden en het invullen van gezamenlijke voorlichting. Ook de inrichting van een perinataal (*webbased*) dossier voor alle verloskundige zorgverleners in de regio, inclusief JGZ, werd als concreet doel genoemd.

Op 1 januari 2014 hadden twee VSV's missie en visie alsnog vastgelegd. In de derde, ontstaan na een recente samenvoeging van twee VSV's, was dit nog niet opnieuw vastgelegd.

4.3 Samenwerking in de praktijk

Na de weergave van de formele organisatie van de samenwerking staan in deze paragraaf de bevindingen en het oordeel van de inspectie over de samenwerking in de praktijk, binnen en tussen disciplines. Hierbij speelden het realiseren van afstemming en onderling vertrouwen een rol evenals het op lokaal niveau implementeren en uitvoeren van landelijke richtlijnen en het uitwisselen van informatie over individuele zwangeren op basis van intake en zorgpaden. Op grond van de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen toetste de inspectie ook in hoeverre de bekwaamheid van de deelnemende professionals en de onderlinge verantwoordelijkheidstoedeling waren gewaarborgd.

In figuur 6 is weergegeven hoe de bezochte VSV's scoorden op de normen voor de samenwerking, taakafbakening en geïntegreerde zorg. (zie bijlage 5).



Figuur 6. Samenwerking en geïntegreerde zorg zoals opgenomen in het definitieve VSV-rapport

4.3.1 Samenwerking door VSV versterkt

In veertien VSV's voldeed de samenwerking binnen en tussen de disciplines aan de norm. Er was consensus over het verwijfsbeleid en de werkrelaties waren zowel binnen de eerste en tweede lijn als tussen de eerste en tweede lijn goed. Eén VSV voldeed aan meer dan de minimumeisen doordat het de samenwerking ook expliciet evalueerde.

Drie VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm, hier kon men niet tot overeenstemming komen over een aantal punten in het verwijfsbeleid of er waren problemen in de onderlinge werkrelaties.

Eén VSV voldeed ten tijde van het inspectiebezoek niet aan de norm omdat het verwijfsbeleid in de praktijk niet was uitgediscussieerd en er duidelijke problemen waren in de werkrelaties tussen eerste en tweede lijn.

Verwijfsbeleid

Over het algemeen hielden verloskundigen en gynaecologen zich aan de Verloskundige Indicatielijst (VIL). Over de 'grijze gebieden', waar de VIL geen duidelijke uitspraak over doet, waren in de meeste regio's lokale afspraken gemaakt en waren eventuele knelpunten bespreekbaar. Regio's waarin nieuwe cliënten gezamenlijk werden besproken en waar gezamenlijke zorgpaden werden opgesteld gaven aan dat dit had geholpen om tot consensus te komen.

Samenwerking binnen de eerste lijn

De meeste eerstelijns verloskundigen zijn lid van een verloskundigenkring, een regionaal orgaan van de KNOV. De kring behartigt KNOV-zaken, bespreekt KNOV-protocollen en heeft een rol in het faciliteren van intervisie en het verzorgen van (voorlichting over) nascholing en trainingen. De kring neemt in de meeste regio's het voortouw in het overleg met kraamzorgorganisaties, jeugdgezondheidszorg (JGZ) en/of ambulancediensten en Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). In de helft van de regio's omvatte de kring een groter gebied dan het VSV en waren meerdere VSV's in de kring vertegenwoordigd. Hier was een deel van het kring-

beleid erop gericht regionale verschillen te bespreken en waar mogelijk te verminderen.

In enkele regio's had de kring jaren stilgelegen door onderlinge problemen, in andere regio's waren subgroepen van actievere leden opgericht die nauw samenwerkten. Omdat de kring geen formele bevoegdheden heeft, was het vaak moeilijk solistisch werkende verloskundigen of praktijken aan te spreken. In twee bezochte regio's was geen kring meer actief. Buiten het VSV waren hier weinig onderlinge contacten.

In een aantal regio's was de kring bezig zich te professionaliseren met het oog op nauwere samenwerking bijvoorbeeld bij (het starten van) een geboortecentrum. In vijf regio's was een verloskundigencoöperatie actief waar een deel van de verloskundige praktijken nauwer samenwerkten, bijvoorbeeld in een echocentrum of bij de oprichting van een geboortecentrum. Deze samenwerking was er ook op gericht de vertegenwoordiging van de eerste lijn in het netwerk steviger te maken.

Samenwerking binnen de tweede lijn

Op de verloskundeafdeling werkten gynaecologen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen, O&G-verpleegkundigen en kraamverzorgenden nauw samen. In veel ziekenhuizen was een duidelijke hiërarchische afstand tussen gynaecologen (en arts-assistenten) enerzijds en klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen anderzijds en in bijna de helft van de ziekenhuizen waren de klinisch verloskundigen niet aanwezig bij de dienstoverdracht van de artsen (zie ook 4.3.3 en 4.4.4). Overigens bestond binnen de meeste ziekenhuizen een goede samenwerking binnen de afdeling verloskunde. Deelnemers konden elkaar aanspreken.

Ook met andere specialismen in het ziekenhuis was een duidelijke samenwerking. Met anesthesiologen waren er afspraken over epidurale pijnstilling en de snelheid van het starten van een keizersnee in acute situaties. Met kinderartsen was er in de meeste ziekenhuizen een regelmatig overleg over zwangeren met problemen. Dat een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines en specialismen ook van belang is voor het gevoel van veiligheid van de vrouw hoorde de inspectie van een moeder die bekend was met een hartafwijking.

Ik had medicijnen die een risico waren voor mijn baby. Ik kon echter niet stoppen met de medicatie omdat dit te gevaarlijk voor mijzelf was. Toen is mijn medicatie aangepast in overleg met cardioloog. De hele zwangerschap was er intensief contact tussen de gynaecoloog en de cardioloog en om de vier weken werd een groei-echo gemaakt. Onze dochter was heel klein en ze heeft na de geboorte 48 uur aan de hartbewaking gelegen, maar alles is goed afgelopen.

Samenwerking tussen eerste en tweede lijn

Uit de gesprekken met de verschillende disciplines bleek in vijftien regio's dat het regelmatige overleg binnen het VSV de afstand tussen verloskundigen en gynaecologen had verkleind en dat werd gewerkt aan een gezamenlijk beleid. In de praktijk verliep de samenwerking goed, hetzij door korte lijnen en direct overleg tussen gynaecoloog en eerstelijns verloskundige, hetzij doordat de aanwezigheid van klinisch verloskundigen als drempelverlagend werd gevoeld. Bij eventuele problemen konden deelnemers elkaar goed aanspreken.

In vier regio's gaven de gesprekspartners aan dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn minder goed verliep. Hier voelden eerstelijns verloskundigen zich niet (als) gelijkwaardig (gezien) en kwam men niet tot consensus door visieverschillen bij het opstellen van beleid.

Beide echelons vonden dat de ander cliënten wel eens te lang vast hield.

In regio's met een eerstelijns geboortecentrum binnen het ziekenhuis ontstond enerzijds een nauwere samenwerkingsrelatie tussen de eerste en tweede lijn, maar eveneens dreigde soms een tweedeling in de samenwerking binnen de eerste lijn, waarbij de verloskundigenpraktijken die aan het centrum deelnamen een nauwere relatie met de tweede lijn hadden dan de niet deelnemende praktijken die zich soms achtergesteld voelden.

Voor ouders is een goede samenwerking in de praktijk heel belangrijk.

Ik ben poliklinisch bevallen, maar omdat ik koorts had is er een arts-assistent bij mij komen kijken. Toen ontstond er een meningsverschil tussen de arts en mijn verloskundige wanneer ik naar huis mocht. De verloskundige vond dat ik wel naar huis kon, maar de arts vond dat niet te verantwoorden. De artsen waren wel aardig voor ons als ouders, maar de spanning was om te snijden geweest en dat was heel onaangenaam.

Samenwerking tussen eerstelijns verloskundigen en kraamzorg

Kraamzorgorganisaties hadden regelmatig overleg met de verloskundigenpraktijken voor het maken van werkafspraken en protocollen. In sommige regio's gebeurde dit met meerdere verloskundigenpraktijken gezamenlijk of met de verloskundigenkring. In andere regio's was dat vooral met individuele praktijken. Hierdoor verschilde de samenwerking in de praktijk ook. In één regio had de grootste kraamzorgorganisatie samen met de eerstelijns verloskundigen één uniform formulier ontwikkeld om opdrachten op te schrijven. In een andere regio hadden de kraamverzorgenden een map met inhoudelijke protocollen voor de verschillende verloskundigenpraktijken zodat ze bij een cliënt konden nagaan wat de afspraken met de desbetreffende verloskundige waren.

Het verschilde per regio of kraamzorgorganisaties onderling nauw samenwerkten en elkaar wisten te vinden voor afstemming op inhoudelijke zaken of dat zij als concurrenten optraden.

Het contact tussen verloskundige en kraamverzorgende werd door beide partijen laagdrempelig genoemd. De verloskundige bezocht het gezin bij voorkeur als de kraamverzorgende aanwezig was en opdrachten werden mondeling gegeven. Dit gebeurde ook wel via de kraamouders als de verzorgende niet aanwezig was. Een knelpunt was dat verloskundigen het kraamzorgdossier niet of nauwelijks gebruikten voor overdracht of het vastleggen van afspraken (zie ook 4.4.1).

In een enkele regio noemden verloskundigen dat er veel wisselende kraamverzorgenden bij één gezin waren, wat zij niet bevorderlijk vonden voor de contacten.

Samenwerking met JGZ

Kraamzorgaanbieders en JGZ waren in een aantal regio's betrokken bij het maken van afspraken rond vroegsignalering en overdracht. Verloskundige zorgverleners uit eerste of tweede lijn waren hier niet altijd bij betrokken. De JGZ-medewerkers zouden graag zien dat vaste verloskundigen deelnamen aan multidisciplinair overleg, zoals bij het Centrum Jeugd en Gezin (CJG), om vakinhoudelijke informatie over vroeggeboorte en voeding te delen.

In de meeste regio's was één of enkele malen per jaar contact tussen jeugdartsen en kinderartsen over het beleid bij specifieke aandoeningen zoals astma, obesitas, schedelomtrek of voedselallergie. De JGZ-medewerkers waren tevreden over deze samenwerking met het ziekenhuis, maar gaven aan dat zij door de hiërarchische

verhoudingen tussen JGZ en ziekenhuis wel een drempel ervaren om met de tweede lijn te overleggen.

Op 1 januari 2014 hadden twee VSV's duidelijke afspraken over het verwijzbeleid gemaakt en was het derde VSV daarmee bezig. In de regio waar de onderlinge samenwerking veel voeten in de aarde had, was veel in gang gezet om dit te verbeteren en hebben alle partijen hun vertrouwen hierin uitgesproken.

4.3.2 *Toelatingsovereenkomst vaak gekoppeld aan VSV-deelname*

Ten tijde van het inspectiebezoek hadden in achttien regio's alle verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis gesloten. Zij voldeden hiermee aan de norm.
In één regio hadden niet alle verloskundigen een toelatingsovereenkomst. Deze regio voldeed nog niet aan deze norm.

Eerstelijns verloskundigen hadden naast de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis in de regio vaak ook een overeenkomst met een of meer ziekenhuizen van een naburige regio.

In de meeste regio's was de overeenkomst gebaseerd op een modelovereenkomst van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de KNOV¹⁴. In deze overeenkomst is een afbakening van wederzijdse verantwoordelijkheden opgenomen. Hierin staat ondermeer dat de verloskundige werkt volgens de professionele standaard en richtlijnen van de eigen beroepsgroep en zich houdt aan het ziekenhuisreglement met betrekking tot patiëntenrechten, het melden van incidenten en klachtafhandeling en deelneemt aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR1) en aan periodiek multidisciplinair overleg in het ziekenhuis.

In ten minste de helft van de regio's was het lidmaatschap van het VSV één van de voorwaarden in de toelatingsovereenkomst. Eén VSV had in haar reglement opgenomen dat eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis moesten hebben om lid te kunnen zijn van het VSV.

Op 1 januari 2014 hadden ook in de laatste bezochte regio alle verloskundigen een toelatingsovereenkomst en voldeden alle regio's aan de norm.

4.3.3 *Bevoegdheid en bekwaamheid meestal geformaliseerd*

Veertien VSV's voldeden aan de norm. Zowel in de eerste als in de tweede lijn was een adequaat inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers, professionals in opleiding traden pas zelfstandig op nadat hun bekwaamheid was getoetst en vastgelegd in een portfolio en er werd structurele bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid geregistreerd en bewaakt.
Eén VSV voldeed aan meer dan de minimumeisen omdat er bovendien multidisciplinaire trainingen waren waaraan eerste en tweede lijn gezamenlijk deelnamen.
Vier VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier werd de bekwaamheid van tweedelijns professionals in opleiding niet getoetst en vastgelegd in een portfolio vóór zij zelfstandig mochten optreden en/of werd structurele bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid niet geregistreerd en bewaakt.

In vijftien regio's waren specifieke nascholingsprogramma's voor eerstelijns verloskundigen, meestal georganiseerd door de verloskundigenkring. In vier regio's was dit niet (meer) het geval. In de meeste regio's werd hierbij niet vastgelegd wie welke training volgde. Eerstelijns verloskundigen zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van hun bekwaamheid. Een groot deel van hen is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV, waarin vaste eisen voor bij- en nascholing bestaan voor de herregistratie. Dit gold echter niet voor alle eerstelijns verloskundigen. De inschrijving in het kwaliteitsregister was nergens verplicht, noch voor deelname aan de kring of het VSV, noch voor de toelating tot het ziekenhuis.

In achttien regio's werkten in het ziekenhuis klinisch verloskundigen. Van hen had gemiddeld ruim een derde de opleiding tot klinisch verloskundige of de masteropleiding *Physician Assistant* gevolgd en nog eens tien procent was met een van die opleidingen bezig. De overigen waren intern opgeleid of hadden het klinische werk al doende geleerd. In de meeste ziekenhuizen is het streven dat uiteindelijk alle klinisch werkende verloskundigen hiervoor een specifieke opleiding hebben gevolgd. De helft van de ziekenhuizen heeft een inwerkprogramma voor nieuwe verloskundigen variërend van twee weken tot drie maanden, soms aangepast op eerdere ervaring. Het was in de meeste ziekenhuizen gebruikelijk dat vaardigheden op enige wijze werden getoetst voor een verloskundige ze zelfstandig mocht uitvoeren. Dit werd meestal vastgelegd in een eigen dossier of portfolio. In drie ziekenhuizen waren hierover geen afspraken.

In de negen ziekenhuizen waar arts-assistenten in de verloskunde werkten was eveneens in een inwerkprogramma en een meer of minder formele vorm van autorisatie voorafgaand aan zelfstandig optreden voorzien.

In alle ziekenhuizen waren structurele bij- en nascholingsprogramma's met verplichte trainingen. Deelname hieraan werd in de meeste ziekenhuizen geregistreerd, in twee ziekenhuizen was dat (nog) niet gebruikelijk. Ook waren er in de meeste ziekenhuizen multidisciplinaire *skills en drills*, trainingen van acute situaties in de verloskunde waaraan gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen samen deelnamen. In één regio waren deze trainingen samen met de eerste lijn, in zes anderen waren er plannen dit samen op te zetten of de eerste lijn uit te nodigen. In één regio waren er VSV-brede trainingen waarbij ook kraamverzorgenden waren betrokken.

In vijf regio's werd genoemd dat verloskundigen en ambulancemedewerkers samen scholingen volgen.

Kraamzorgorganisaties hadden jaarlijkse scholingsprogramma's voor kraamverzorgenden waarbij deelname verplicht was en werd geregistreerd. Het varieerde per organisatie of ZZP'ers konden deelnemen en of voor hen nascholing verplicht was.

Op 1 januari 2014 hadden alle vier de ziekenhuizen waar dit speelde een systeem ingevoerd voor het bijhouden van bekwaamheden en activiteiten voor deskundigheidsbevordering.

4.3.4 *Taakafbakening in samenwerking met veel disciplines meestal goed geregeld*

Zeventien ziekenhuizen voldeden aan de norm. Zij hadden duidelijke, vastgelegde, afspraken over de taakafbakening van de verschillende disciplines en over het inroepen van extra deskundigheid. Deze afspraken verliepen in de praktijk 24 uur per dag goed.

Eén ziekenhuis voldeed gedeeltelijk aan de norm. Hier waren de afspraken over de taakafbakening tussen O&G-verpleegkundigen en kraamverzorgenden niet vastgelegd en dit verliep in de praktijk niet altijd goed.

Eén ziekenhuis voldeed niet aan de norm. Hier waren de afspraken over de taakafbakening tussen de eerstelijns verloskundige en de O&G-verpleegkundige niet duidelijk op tijdstippen dat er geen klinisch verloskundige aanwezig was.

Op 1 januari 2014 hadden ook de laatste twee ziekenhuizen duidelijke, vastgelegde, afspraken over de taakafbakening van de verschillende disciplines. In het ene ziekenhuis was de positie van de kraamverzorgenden en O&G-verpleegkundigen schriftelijk vastgelegd en is de bezetting aangepast. In het tweede zijn nu 7x24 uur klinisch verloskundigen waardoor de taakafbakening steeds duidelijk is.

4.3.5 *Vertalen en implementeren van landelijke protocollen overal in gang gezet*

Vier VSV's voldeden aan de norm. Lokale protocollen die monodisciplinair waren opgesteld werden ook door de andere disciplines onderschreven en in de praktijk ook door alle disciplines gevolgd.

Twaalf VSV's voldeden aan meer dan de minimumeisen. Zij hadden in VSV-werkgroepen multidisciplinair lokale protocollen opgesteld die door alle disciplines werden onderschreven en in de praktijk ook door alle disciplines werden gevolgd.

Drie VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier waren wel lokale protocollen aanwezig, maar die werden niet door alle disciplines onderschreven en gevolgd.

Zeventien van de negentien bezochte VSV's hadden een multidisciplinaire protocollenwerkgroep. Deze hadden in zes regio's meer dan tien multidisciplinaire protocollen opgesteld en vastgesteld.

Zes regio's hadden een VSV-website waar de gezamenlijke protocollen beschikbaar waren. In drie regio's waren ze digitaal beschikbaar in het eigen echelon of de eigen praktijk en in twee regio's alleen op papier. In zeven regio's werd dit niet besproken.

Op 1 januari 2014 voldeden alle VSV's aan de norm.

4.3.6 *Veel belemmeringen voor het bespreken van individuele zwangeren*

Twee VSV's voldeden aan de norm. Daar waren binnen het VSV afspraken over hoe en welke zwangeren structureel besproken moesten worden. Het bespreken van zwangeren vond structureel plaats, zowel uit het eerste als uit het tweede echelon.

Twee VSV's voldeden aan meer dan de minimeisen. Hier werden structureel alle zwangeren uit eerste *en* tweede lijn besproken.

Negen VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier waren afspraken over hoe en welke zwangeren structureel besproken moesten worden, maar in twee daarvan werden deze afspraken in de praktijk nog niet gevolgd en in zeven betrof het alleen zwangeren uit één echelon.

Zes VSV's voldeden niet aan de norm. Zij hadden geen afspraken over hoe en welke zwangeren structureel besproken moesten worden en hadden ook geen plannen daartoe.

In de vier VSV's die aan de norm voldeden omdat zwangeren uit de eerste en uit de tweede lijn structureel werden besproken, gebeurde dat op verschillende wijze. Twee regio's hadden een eerstelijns geboortecentrum in het ziekenhuis met een gezamenlijke intake voor alle zwangeren van het ziekenhuis en het geboortecentrum. Voor praktijken die niet deelnamen in het geboortecentrum bestond deze structurele bespreking niet. In een derde regio was de structurele bespreking gereserveerd voor zwangeren met psychosociale problemen. De vierde regio was in 2013 gestart met het eenmalig bespreken van alle zwangeren in het maandelijks VSV-overleg.

In de VSV's die gedeeltelijk aan de norm voldeden werden uitsluitend eerstelijns cliënten met een gynaecoloog besproken. In drie regio's kwam een vaste gynaecoloog naar iedere (of een deel van de) eerstelijns verloskundigenpraktijk(en) om een door de verloskundige geselecteerde groep cliënten te bespreken. In twee andere regio's was een proef met een dergelijke afspraak met één eerstelijns praktijk. In de laatste twee regio's ging het om een maandelijks regionale bijeenkomst waar alle verloskundigen desgewenst hun cliënten met de gynaecoloog konden bespreken. In al deze regio's waren plannen om het overleg uit te breiden door het aantal praktijken waar structureel overleg mee plaats vond uit te breiden, de doelgroep van te bespreken cliënten beter te definiëren en/of uit te breiden met tweedelijns patiënten, de intake van alle cliënten door een eerstelijns verloskundige te laten doen en/of ook de kinderartsen bij de bespreking te betrekken.

In de regio's waar geen structurele bespreking van individuele zwangeren bestond, kon iedere verloskundige wanneer dat nodig was advies vragen aan een gynaecoloog of tweedelijns verloskundige, of zij kon bij (verdenking op) een probleem de zwangere voor een consult naar het ziekenhuis verwijzen. In één van deze regio's was een structurele bespreking of gezamenlijke intake noch bij de eerste, noch bij de tweede lijn een wens. In de overige zeven werd een structurele bespreking door verloskundigen wel nuttig geacht. In één regio hadden zij dit geagendeerd door een symposium te organiseren met sprekers uit regio's waar al een gezamenlijke intake bestond.

Gynaecologen waren over het algemeen terughoudender over nut en haalbaarheid van de bespreking. Sommige van hen zagen wel een meerwaarde in het bespreken van probleemzwangeren, maar niet in het bespreken van alle zwangeren. Het ontbreken van een bekostiging voor een gezamenlijke intake noemden zij als een belemmering. Ook de grootte van de regio en het grote aantal zwangeren zagen zij als een factor die de organisatie van een gezamenlijke intake en bespreking van zwangeren bemoeilijkt. Dit argument werd niet ondersteund door het aantal

bevallingen in regio's met of zonder een structurele bespreking. In de elf regio's met een structurele bespreking was het aantal bevallingen in de eerste lijn gemiddeld 468 (spreiding 110-1361) en in de tweede lijn gemiddeld 1468 (spreiding 666-3000), in de acht regio's zonder structurele bespreking was dat respectievelijk 673 (spreiding 137-1200) en 1582 (spreiding 600-2678).

In één regio was het plan om één intakeformulier te gaan gebruiken in eerste en tweede lijn zodat bij overdrachten van iedereen dezelfde basisinformatie beschikbaar is. Een andere regio verwachtte in de toekomst een poli buiten het ziekenhuis te starten waar de verloskundige en gynaecoloog eenmalig samen iedere zwangere konden zien. Ook was de verwachting dat het opstellen van zorgpaden duidelijker zou maken wanneer een zwangere in de eerste of in de tweede lijn of afwisselend gezien zou moeten worden.

De inspectie gaf de VSV's die niet (volledig) aan de norm voldeden zes maanden de tijd om beleid vast te stellen voor welke zwangeren bij welke termijn structureel besproken moesten worden tussen eerstelijns verloskundigen en gynaecologen. Op 1 januari 2014 hadden vijf VSV's al proactief aangegeven welke voortgang zij hierin boekten.

4.3.7 *Regiearts of casemanager (nog) niet gebruikelijk*

In twee VSV's waren in VSV-verband afspraken gemaakt hoe het case-management werd vormgegeven en ingevuld. Deze afspraken functioneerden in de praktijk en sloten bij de verschillende disciplines op elkaar aan. In zeventien VSV's was er hetzij in de eerste lijn (n=4), of in de tweede lijn (n=3) of in beide echelons 'iets' afgesproken over het casemanagementschap, maar waren dat onduidelijke afspraken die niet op elkaar aansloten. Op grond hiervan oordeelde de inspectie dat de norm niet duidelijk of niet haalbaar was.

In twee VSV's bestond een gezamenlijke intake voor alle zwangeren, waarbij een eerstelijns verloskundige de zwangere zag voor de eerste controle. Na de intake bespraken verloskundige en gynaecoloog het zorgpad en legden vast wie de casemanager was. In de ene regio gebeurde dit dagelijks na afloop van het spreekuur, in de andere eenmaal per week. De zwangere kende in deze regio zowel de naam van haar vaste verloskundige als die van haar vaste gynaecoloog. Als zij belde met vragen werd zij in principe ook met deze zorgverleners doorverbonden.

Hoewel in veel regio's iets van casemanagement in de eerste lijn bestond, verschilde de uitvoering van praktijk tot praktijk en was een casemanager geen gemeengoed. Enkele praktijken hadden een proef gedaan met het casemanagementschap waaruit meer uitvoeringsproblemen naar voren kwamen dan voordelen. Zo stuitte bijvoorbeeld een aanbod om bij één verloskundige terug te komen op agendaproblemen van de cliënt.

In sommige regio's hadden enkele praktijken wel afgesproken dat de verloskundige, die als eerste een cliënt zag, de casemanager was en daarmee verantwoordelijk werd voor de status en de bespreking met de gynaecoloog, maar was bij de cliënt niet bekend wie de casemanager was.

In andere praktijken was er alleen een casemanager voor risicozwangeren of voor de eerste periode van de zwangerschap.

In de meeste praktijken zagen zwangeren in de loop van de zwangerschap alle verloskundigen uit een praktijk een of meerdere keren. In de meeste praktijken was iedere verloskundige verantwoordelijk voor de cliënt of de uitslag die zij op een bepaald moment zag.

Wanneer er geen casemanager was, was vaak wel sprake van casemanagement door een regelmatig cliëntenoverleg.

Ook in het ziekenhuis was casemanagerschap geen gemeengoed. In alle ziekenhuizen was formeel een hoofdbehandelaar, de gynaecoloog op wiens naam de patiënt was ingeschreven. Dit was in de praktijk echter vaak een administratief gegeven, soms had de patiënt de betreffende gynaecoloog zelfs nooit gezien. In sommige ziekenhuizen werden alle zwangeren gezien door perinatologen of gynaecologen met verloskunde als aandachtsgebied, in andere ziekenhuizen gold dat alleen voor hoogrisico zwangeren. In één ziekenhuis was een klinisch verloskundige de casemanager voor vrouwen die al vroeg in de zwangerschap in de tweede lijn gecontroleerd worden. Zij was ook verantwoordelijk voor de bespreking op het perinataal overleg. In die regio was bovendien de afspraak dat de eerstelijns verloskundige de casemanager bleef bij een verwijzing later in de zwangerschap, na 33 weken.

In sommige ziekenhuizen bleef de gynaecoloog die de eerste controle deed de behandelaar, in de meeste ziekenhuizen zagen zwangeren in de loop van de zwangerschap veel verschillende zorgverleners, hetzij verschillende gynaecologen, hetzij afwisselend een gynaecoloog en een klinisch verloskundige of arts-assistent.

Binnen de kindergeneeskunde was het beleid voor casemanagement vergelijkbaar met dat van de gynaecologen.

De kraamzorgorganisaties streefden naar een vaste kraamverzorgende voor de gehele kraambedperiode. In sommige gevallen hadden gezinnen te maken met twee of drie verschillende kraamverzorgenden. Eén organisatie liet de kraamverzorgende vooraf kennis maken in het gezin.

Ouders benoemden in de gesprekken met de inspectie dat het vervelend en niet goed voor het vertrouwen was als ze steeds wisselende gezichten zagen.

Tijdens de controles was er steeds een andere verloskundige. Toen ik onder behandeling van de gynaecoloog kwam, kreeg ik wel steeds dezelfde gynaecoloog, (behalve toen de keizersnede plaatsvond, dat werd door een andere gynaecoloog gedaan).

In eerste instantie voelden wij ons een beetje een 'nummer' in het ziekenhuis. De eerste afspraak was met een vrouwelijke gynaecoloog. Vervolgens zijn we verschillende keren terug gekomen bij een man. Er werkten veel verschillende mensen. Er was iemand voor de echo, iemand voor de bloeddruk, etc. Daarnaast moesten we soms wel een uur in de wachtkamer zitten. Gelukkig werd het gevoel bij het ziekenhuis gaandeweg wel wat vertrouwder.

Een enkele maal hadden ouders ook het gevoel dat die voortdurende wisseling van zorgverleners mede oorzaak was van het niet tijdig opmerken van problemen. Zo vroeg een vader zich af:

Ze kreeg steeds een andere verloskundige, dat vond ze niet prettig. Na 35 weken bleek het kind te klein, toen werd wel een extra echo gemaakt. Waarom merkte die verloskundige toen pas dat het kind te klein was. Waarom was het de vorige verloskundige niet opgevallen, want dat was twee weken daarvoor.

4.3.8 Zorgpaden en bevalplannen in opkomst

Vier VSV's hadden een gezamenlijk beleid voor het opstellen van zorgpaden voor specifieke groepen. In twee hiervan had elke zwangere ook een individueel zorgpad/zorgplan.

In tien VSV's waren zorgpaden in concept gereed, of was een werkgroep bezig met het opstellen hiervan.

Vijf VSV's hadden geen gezamenlijk beleid voor het opstellen van zorgpaden.

Het opstellen van zorgpaden was ten tijde van de inspectiebezoeken nog volop in ontwikkeling. Bovendien was in veel regio's het onderscheid niet duidelijk tussen zorgpaden en bevalplannen. Gezien deze onduidelijkheid besloot de inspectie VSV's hierin niet op de norm te beoordelen.

Het opstellen van zorgpaden werd door veel geïnterviewden genoemd als een goed middel om tot gezamenlijk beleid te komen. Waar het werd gebruikt werd het ook door ouders zeer gewaardeerd. Een moeder die bij een eerdere zwangerschap zeer ernstige complicaties had doorgemaakt en langdurig op een IC was opgenomen, maakte zich begrijpelijkerwijs veel zorgen. Zij vertelde:

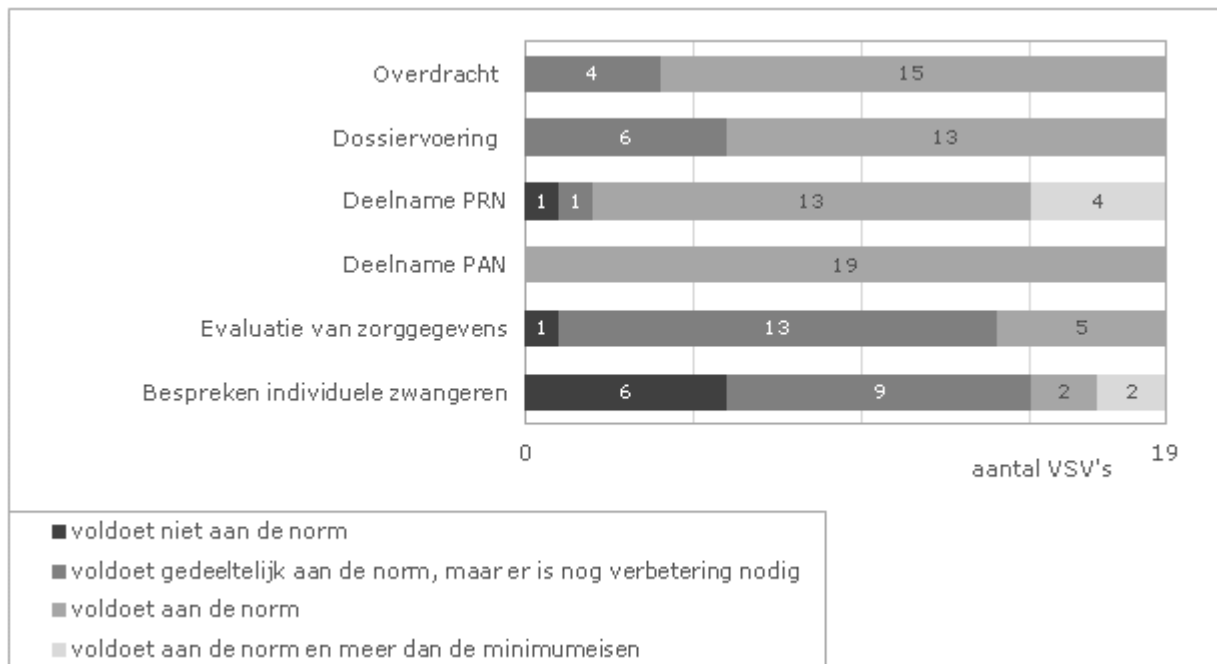
Wij hebben van te voren uitgebreid met de gynaecoloog gesproken of ik nog wel een tweede kind kon krijgen. We zijn ook nog naar een academisch ziekenhuis geweest voor advies. We hebben daarna met de gynaecoloog een heel plan gemaakt voor de controles en voor hoe de bevalling zou verlopen. Wanneer ze zouden ingrijpen, maar ook wie erbij zou zijn. Dat was heel geruststellend en toen durfden we het ook aan. En nu zitten we hier, dus u begrijpt het is goed afgelopen.

4.4 Overdracht, registratie en evaluatie

Voor de continuïteit van zorg (in acute en niet-acute situaties) moet bij overdracht tussen verschillende professionals duidelijk zijn welke informatie minimaal noodzakelijk is voor een adequate overdracht en welke professional op welk moment aan wie gegevens dient over te dragen.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG art 40, toetste de inspectie in hoeverre mondelinge overdrachten gestructureerd verliepen en schriftelijke overdracht en dossiervoering voldoende waren om de continuïteit van zorg te waarborgen. Daarnaast onderzocht de inspectie of zorgverleners voldeden aan de beroepsnorm van registratie van gegevens en evaluatie van de door hen geboden zorg.

In figuur 7 is weergegeven hoe de bezochte VSV's scoorden op de normen voor overdracht, registratie en evaluatie. (zie bijlage 5).



Figuur 7. Overdracht, registratie en evaluatie zoals opgenomen in het definitieve VSV-rapport

4.4.1 Overdracht tussen professionals moet gestructureerd om verlies van informatie te voorkomen

Vijftien VSV's voldeden aan de norm. Hier verliepen de overdrachten tussen de disciplines en de overdrachten binnen een discipline gestructureerd en op zodanige wijze dat overdracht van noodzakelijke gegevens en afspraken over het beleid geborgd waren.

Vier VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. In twee regio's verliepen de overdrachten tussen eerstelijns verloskundigen en kraamzorg niet gestructureerd, in de andere twee verliepen de medische (1x) of verpleegkundige (1x) overdracht bij diensten ongestructureerd. Hier was de overdracht van noodzakelijke gegevens en afspraken over het beleid niet altijd geborgd.

In de meeste regio's verliep de overdracht van eerste naar tweede lijn gestructureerd. In tenminste zes regio's werd hiervoor de SBAR(R)-methode gebruikt. Hierbij geeft de beller/vrager in een vaste structuur achtereenvolgens informatie de situatie (S), de achtergrond (B, background), zijn/haar analyse (A) van de klinische toestand op dit moment en reden om te bellen/de verwachting van de respons (R) van de opgeroepen hulp.

Bij de wisseling van diensten in de ziekenhuizen was er een aparte medische en verpleegkundige overdracht. In vier ziekenhuizen was de medische overdracht alleen 's morgens en niet aan het einde van de dag. In de helft van de ziekenhuizen was de klinisch verloskundige niet aanwezig bij de medische overdracht. De dienstoverdrachten verliepen meestal gestructureerd aan de hand van een papieren overzicht of de projectie van het digitale patiëntendossier van alle opgenomen patiënten. Geprojecteerde gegevens waren in de meeste ziekenhuizen niet voor alle aanwezigen goed leesbaar.

Wanneer moeder en kind na de bevalling naar huis gaan was het meestal de gewoonte dat de klinisch verloskundige telefonisch overdraagt aan de eerstelijns

verloskundige. De ouders moesten meestal zelf contact opnemen met de kraamzorg en kregen een overdracht op schrift mee van de verpleegkundige.

Eerstelijns verloskundigen die het kraambed begeleiden zorgden er meestal voor dat zij de kraamvrouw bezoeken als de kraamverzorgende in het gezin aanwezig is, zodat zij mondeling kunnen overdragen. Als zij elkaar niet treffen communiceren zij via het kraamdossier en als er meerdere kraamverzorgenden in het gezin waren droegen zij onderling ook over via het kraamzorgdossier. In een aantal regio's werd genoemd dat de verloskundige niet altijd in het kraamzorgdossier kijkt en de adviezen in dit dossier niet altijd aftekent, waardoor de communicatie niet goed verliep.

Overdrachten tussen kraamzorg en JGZ verschilde per regio en leken vaak onvoldoende geborgd. Omdat de gegevens binnen dit onderzoek onvoldoende duidelijk waren is dit in de tweede fase niet meer uitgevraagd en startte de inspectie hiervoor een apart onderzoek.

Onvoldoende overdracht leverde soms onverwachte situaties op, was onaangenaam of vormde een risico voor de patiëntveiligheid. Een duidelijke overdracht gaf vertrouwen, bleek uit de gesprekken met ouders.

Ik was eerder bij het ziekenhuis dan de verloskundige. Tot mijn schrik wist het ziekenhuis niet van mijn geplande bevalling: poliklinische bevallingen worden nooit vooraf bij het ziekenhuis aangemeld. Gelukkig was er wel plaats.

Ik werd verwezen naar de gynaecoloog en de verloskundige legde uit wat die zou doen, maar dat klopte niet. Alles van de verloskundige was terzijde gelegd door de gynaecoloog.

Er kwam elke ochtend een kinderarts kijken, maar dat was steeds een andere. Elke kinderarts merkte op dat onze dochter wel erg klein was en dat ze een wat gele huid had, zonder iets te doen. Dat was vervelend, want als er steeds dezelfde arts was geweest dan had die het verschil kunnen opmerken en eerder de behandeling kunnen starten.

Tijdens de zwangerschap had ik meestal dezelfde dokter, soms een andere. Toen ik op het eind elke dag moest komen waren er verschillende gezichten. Voor het beleid maakte dat gelukkig niet uit: de arts maakte altijd een memo. Een andere arts checkte altijd deze memo. Een paar keer toen het niet duidelijk was overlegden ze met elkaar.

Op 1 januari 2014 was de overdracht in drie regio's aangepast. In de vierde regio moesten de afspraken die de verloskundigenkring en de kraamzorgorganisaties inmiddels gemaakt hadden nog worden vastgelegd.

4.4.2 *Dossiervoering voldeed niet overal*

Dertien VSV's voldeden aan de norm. Hier hadden alle disciplines een overzichtelijk patiëntendossier waarin zowel medische en verpleegkundige gegevens als afspraken over het beleid waren vastgelegd en waarin bij overdracht van de zorg de relevante informatie van de voorgaande zorgverlener(s) was opgenomen.

Geen van de VSV's voldeed aan meer dan de minimumeisen; een cliëntvolgend perinataal webbased dossier (PWD) was nergens in gebruik.

Zes VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was het patiëntendossier niet eenduidig (2x), was de relevante informatie van de voorgaande zorgverlener(s) niet opgenomen in het klinisch dossier (1x) of was het beleid niet in het (kraamzorg)dossier vermeld (3x).

In zowel eerste als tweede lijn werd voornamelijk met digitale dossiers gewerkt. In negen ziekenhuizen was een deel van de dossiervoering nog op papier, drie daarvan hadden plannen voor of waren bezig met het invoeren van een volledig digitale dossiervoering. In het ziekenhuis was vaak sprake van meerdere systemen die naast elkaar gebruikt werden, gegevens werden vaak niet automatisch tussen systemen uitgewisseld waardoor zij dubbel ingevoerd moeten worden of apart opgezocht worden bijvoorbeeld bij opname op de kinderafdeling. In één ziekenhuis konden kinderartsen het gynaecologisch dossier niet inzien vanwege privacy-afspraken.

In bijna alle regio's werd de wens tot een gezamenlijk cliëntvolgend dossier of aansluiting van de eerste en tweedelijns dossiers als wens geuit. Zes regio's hadden ook plannen hiertoe. Andere regio's gaven aan dat zij de landelijke ontwikkelingen volgen en uitzien naar één elektronisch patiënten dossier (EPD).

De kraamzorgdossiers waren altijd op papier, de dossiers van de JGZ digitaal.

Op 1 januari 2014 voldeden zeventien VSV's aan de norm. In twee regio's was meer tijd nodig om de afspraken te maken en implementeren tussen verloskundigen en kraamzorgorganisaties over de overdracht via en het meelesen en schrijven in het kraamdossier.

4.4.3 *Deelname aan de landelijke registraties gebruikelijk ondanks problemen bij invoer*

Dertien VSV's voldeden aan de norm, omdat alle zorgverleners hun zorg registreerden in de Perinatale Registratie (LVR/LNR).^f In tweederde van de regio's werden de eerstelijns gegevens automatisch uit de praktijkregistratie in de nieuwe dataset ingelezen. Van de gynaecologen en kinderartsen registreerde ongeveer 20 procent hun gegevens in de nieuwe dataset.

Vier VSV's voldeden aan meer dan de minimumeisen omdat alle zorgverleners hun zorg registreerden in de nieuwe dataset.

Twee VSV's voldeden gedeeltelijk of niet aan de norm. In het ene VSV registreerden de kinderartsen al jaren slechts een deel van de zorg in de LNR en was de dekking niet meer dan 75 procent. In de andere namen de kinderartsen niet deel omdat zij de bescherming van de persoonsgegevens onvoldoende achtten.

^f De Perinatale Registratie omvat van oudsher vier datasets voor ieder van de beroepsgroepen: de landelijke verloskunde registratie voor de eerste lijn (LVR-1), voor de tweede lijn (LVR-2) en voor de huisarts (LVR-h) en de landelijke neonatologie registratie voor de kinderarts (LNR). Inmiddels is er een geïntegreerde uitgebreide nieuwe PRN-dataset. Aanleveringen op basis van oude datasets worden – geconverteerd naar de nieuwe set – geïntegreerd in de Perinatale Registratie opgeslagen.

In de helft van de regio's werden problemen met de registratie benoemd. Die varieerden van klachten over extra invoer van gegevens, omdat die niet automatisch uit het digitale dossier gehaald konden worden tot het niet terugkrijgen van resultaten. Dit laatste werd veroorzaakt door een probleem in de aansluiting tussen het gebruikte ziekenhuisinformatiesysteem en de PRN-database. Er is een landelijk traject rondom het perinataal webbased dossier (PWD), waarbinnen aan landelijk uniforme gegevensuitwisseling in de perinatale keten gewerkt wordt.

Vooraf gegevens over de begeleiding van de bevalling in de eerste of in de tweede lijn en het moment van de overdracht werden genoemd als gegevens die vermoedelijk niet klopten. Dit kwam volgens zorgverleners doordat de PRN-dataset (nog) niet is ingericht op de registratie van geïntegreerde geboortezorg, waarbij de zorg vanaf het begin door eerste en tweede lijn samen of afwisselend wordt ingevuld. PRN liet weten dat dit werd veroorzaakt doordat ziekenhuizen hun eigen dataset niet geheel conform de PRN-definities hadden ingericht.

De hoge registratielast voor de LNR, waaruit vervolgens alleen de sterfte in de perinatale periode wordt teruggekoppeld, werd door kinderartsen als een belemmering genoemd. De LNR is vooral gericht op behandeling in een neonatale IC-afdeling (NICU).

Op 1 januari 2014 had het ziekenhuis met een incomplete LNR-registratie gezorgd voor een volledige dekking. In het ziekenhuis met de principiële bezwaren wacht men het advies van de wetenschappelijke verenigingen af, voor zij een beslissing over deelname nemen.

4.4.4 *Perinatale audits vinden overal plaats*

In alle bezochte regio's werd meerdere keren per jaar een perinatale audit georganiseerd. Hiermee voldeden alle VSV's aan de norm.

De bijeenkomsten volgden over het algemeen de landelijke systematiek met een externe voorzitter. Deze was vaak afkomstig uit het nabijgelegen universitair medisch centrum, maar het kon ook een oud-huisarts zijn. In één regio was de voorzitter afkomstig uit het eigen ziekenhuis.

Het aantal perinatale auditbesprekingen varieerde van tweemaal per jaar in vijf regio's tot iedere twee maanden in één regio. Zij hebben een grote opkomst met 50 of meer aanwezigen. Dit werd tijdens het bezoek benoemd als 'de zaal is altijd vol', 'het zijn massale bijeenkomsten', of 'bij de audit zijn meer aanwezigen dan bij het VSV'. In één regio was de verplichte aanwezigheid bij de audit van alle VSV-deelnemers onderdeel van de VSV-overeenkomst.

Enkele gesprekspartners gaven aan dat door de grote omvang van de bijeenkomsten niet iedereen evengoed in staat is om zichzelf te laten horen of dat het bespreken voor de direct betrokkenen een zekere spanning meebrengt. Niettemin werd de sfeer tijdens de audits door alle gesprekspartners als 'veilig' omschreven.

In vijf regio's werd genoemd dat de bijeenkomsten werden voorbereid door een perinataal auditteam of voorbereidingscommissie. Omdat de perinatale sterfte bij op tijd geboren kinderen laag was, werden in sommige regio's ook casus besproken waar sprake was geweest van een parallelle actie, of van een kind met een slechte start of opname op een NICU, of van maternale morbiditeit.

De besprekingen waren niet in alle regio's even gestructureerd; beschrijvingen varieerden van 'de casus worden op gestructureerde wijze, onder leiding van een daartoe opgeleide voorzitter, op veilige wijze besproken' tot de bijeenkomsten zijn 'organisatorisch rommelig'. De bijeenkomsten werden door velen omschreven als leerzaam en leveren duidelijke werkafspraken op.

De besprekingen leidden volgens de gesprekspartners overal tot conclusies en aanbevelingen voor verbeteracties, maar bekendmaking, uitwerking en bewaking varieerde per regio. Dit gold ook voor de mate waarin verbeteracties SMART geformuleerd werden.

In zeven regio's was het de gewoonte actiepunten nader uit te werken en te volgen in het VSV, in negen regio's vormden de actiepunten een vast agendapunt op de volgende auditbijeenkomst en in twee regio's gebeurde dat beide. In één regio werd zorg geëit om op basis van één casus een protocol aan te passen.

4.4.5 *VSV-brede evaluatie van geleverde zorg geen gemeengoed*

Vijf VSV's voldeden aan de norm. Hier vond binnen het VSV een periodieke, tenminste jaarlijkse, evaluatie van de geboden geboortezorg plaats op basis van relevante gegevens, zoals een overzicht van de parallelle acties en PAN-, PRN- en VOKS-rapportages. Indien nodig leidde dit tot aanpassing van beleid. Dertien VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was de evaluatie van de geboden geboortezorg beperkt tot de eigen discipline en werd dit niet met de samenwerkingspartners gedeeld. In één VSV vond geen periodieke evaluatie van de geboden geboortezorg plaats. Dit VSV voldeed niet aan de norm.

In de eerste lijn werden PRN-cijfers vooral besproken binnen de eigen praktijk. In vier regio's gebeurde dit ook in kringverband, en in enkele andere was dat vroeger wel gebruikelijk maar was het er in alle veranderingen niet meer van gekomen.

In de helft van de ziekenhuizen werden PRN en VOKS-cijfers met enige regelmaat besproken, in de andere helft gebeurde dat niet of alleen ad hoc. In meerdere ziekenhuizen was de bespreking beperkt tot de vakgroep gynaecologie en waren klinisch verloskundigen hier niet bij betrokken. De indicatoren die ziekenhuizen aanleveren over de verloskunde waren niet in alle ziekenhuizen bekend bij de gynaecologen en andere medewerkers van de verloskundeafdeling.

Andere vormen van evaluatie waren het bespreken van geregistreerde complicaties en/of klachten en het houden van audits en veiligheidsrondes. In twee ziekenhuizen was het de gewoonte aan het einde van iedere dienst te evalueren met als belangrijkste vraag: 'Hebben we veilig gewerkt?'. In een derde ziekenhuis was de afspraak om iedere partus aan het einde van de dag te evalueren en te notuleren. Als hier afspraken uit voortkwamen, werden die per mail naar iedereen van de afdeling verstuurd.

In twee ziekenhuizen kregen vrouwen na een moeilijke bevalling een spiegelgesprek. Dat was een gesprek met een gespreksleider waarvan de resultaten werden teruggekoppeld naar gynaecologen. Naar aanleiding van zulke gesprekken werd bijvoorbeeld geregeld dat partners mogen blijven slapen. Dit werd gewaardeerd door patiënten.

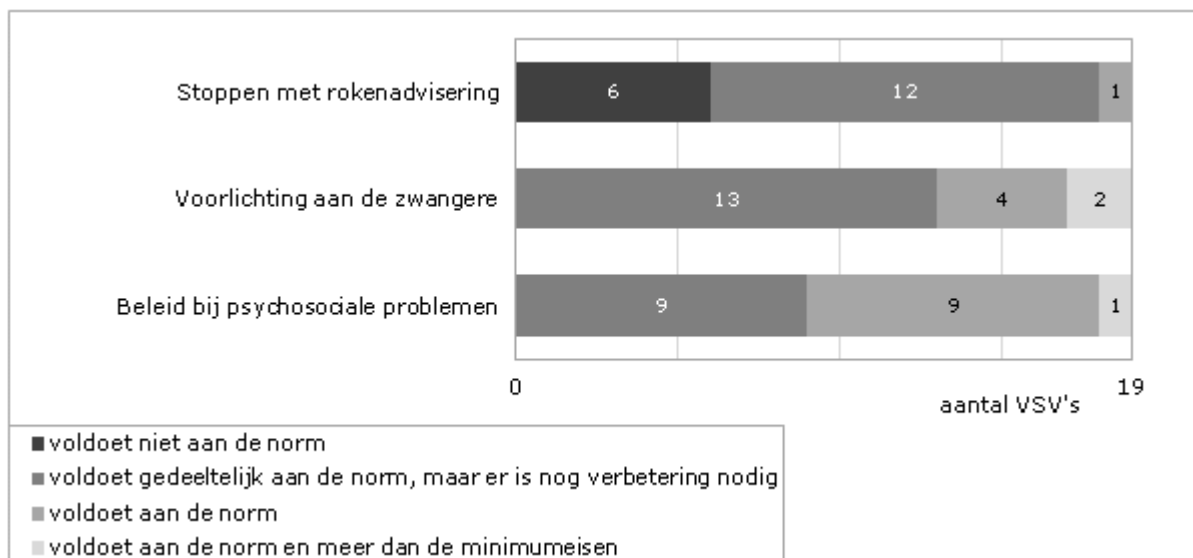
Op 1 januari 2014 hadden alle VSV's een (half)jaarlijkse evaluatie gepland of een werkgroep ingesteld dan wel een verantwoordelijke aangewezen om dit voor te bereiden.

4.5 Onvoldoende VSV-brede aandacht voor zwangeren in achterstandssituatie

Het SZG-advies noemt het tijdig signaleren en inschatten van risico's essentieel voor een optimale uitkomst van zwangerschap en geboorte. Het gaat daarbij niet alleen om medische risico's, maar ook om risico's die voortvloeien uit leefstijl, huisvesting, armoede en (psycho)sociale factoren. Signalering geldt voor alle fasen rondom de zwangerschap van preconceptiezorg tot de eerste periode na de bevalling.

In figuur 8 is weergegeven hoe de bezochte VSV's scoorden op de normen stoppen met roken advisering, voorlichting aan de zwangere en beleid bij psychosociale problemen (zie bijlage 5).

De inspectie besprak ook de onderwerpen beleid bij taal- en cultuurverschillen, beleid bij laaggeletterden en het huisbezoek. De resultaten hiervan waren door onduidelijke definitie en normering niet goed te interpreteren. Deze onderwerpen kregen geen beoordeling en werden in de tweede serie bezoeken niet meer besproken.



Figuur 8. Signalering en beleid bij kwetsbare groepen zoals opgenomen in het definitieve VSV-rapport

4.5.1 Beleid voor stoppen met rokenadvies niet VSV-breed

Eén VSV voldeed aan de norm. Hier was een beleid voor stoppen met rokenbegeleiding in eerste en tweede lijn, inclusief overdracht aan de JGZ. Dit beleid was binnen het VSV afgestemd en werd door allen in de praktijk gebracht. Twaalf VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was wel een beleid voor stoppen met rokenbegeleiding in eerste en tweede lijn maar dit sloot niet op elkaar aan en/of het beleid werd niet door allen in praktijk gebracht. Zes VSV's hadden geen beleid voor stoppen met rokenbegeleiding in eerste en/of in de tweede lijn. Zij voldeden niet aan de norm.

In de eerste lijn is stoppen met roken begeleiding vrijwel volledig ingeburgerd, maar iedere praktijk ging hier op eigen wijze mee om. De meeste eerstelijns verloskundigen gebruiken hiervoor V-MIS. De meningen waren hierbij verdeeld over het einddoel dat hierbij moest worden nagestreefd, stoppen of minderen. De eerste lijn was meestal niet op de hoogte van het beleid in de tweede lijn.

In de tweede lijn werd stoppen met roken eveneens belangrijk geacht, zeker wanneer al sprake was van een groeiachterstand bij de foetus. Bij de intake werd over het algemeen wel naar rookgewoonten gevraagd. Bij inzage in de dossiers bleek dat echter niet altijd genoteerd en in het EPD was zelden terug te vinden of hier later in de zwangerschap nog aandacht voor was geweest. In de meeste ziekenhuizen was geen structureel beleid om rokende zwangeren tot stoppen te bewegen of hen daarbij te helpen. In sommige ziekenhuizen was een verpleegkundig spreekuur waar hieraan aandacht kon worden gegeven. In vier regio's bestond de mogelijkheid zwangeren naar een stoppen met roken poli te verwijzen. In drie regio's was er in het verleden zo'n poli geweest, maar was die niet meer aanwezig.

De kraamzorg had in vier regio's beleid voor stoppen met roken begeleiding en in nog twee regio's was er beleid voor een rookvrije werkplek bij de kraamzorg. Bij de jeugdgezondheidszorg was er in acht regio's beleid.

Naast de ene regio met een VSV-breed beleid voor stoppen met roken begeleiding, waren er vijf regio's waar hierover nagedacht werd. Ook omdat het in meerdere regio's in de perinatale audits als *substandard factor* geïdentificeerd werd.

In verschillende regio's merkten de zorgverleners op dat het heel moeilijk of niet mogelijk is om een vrouw te laten stoppen met roken als zij dit zelf niet wil. Ook het gebruik van een instrument als de V-MIS leverde volgens hen niet (altijd) het gewenste effect. Belemmeringen die zij ervoeren waren de impact die de stoppen met roken begeleiding had op de relatie met de cliënt, het gevaar dat cliënten een andere zorgverlener kiezen door over het roken te beginnen en het niet 'aankomen' van informatie bij met name cliënten met een lage SES. Sommige zorgverleners vonden daarbij ook dat zwangeren een eigen verantwoordelijkheid hebben om te stoppen.

Ook uit de gesprekken met ouders bleek ook dat stoppen met roken adviezen verschillend opgepakt werden.

Ik was bewust gestopt met het slikken van de pil om zwanger te worden en gestart met het slikken van foliumzuur. Ik ben ook op eigen kracht met roken gestopt en dronk ook geen alcohol meer tijdens de zwangerschap. Ik wist zelf al van deze adviezen, ik ben het niet op basis van adviezen van huisarts of verloskundige of zo gaan doen.

Ik had wel geprobeerd te stoppen met roken. Ben drie jaar ervan af geweest, maar bij het overlijden van opa weer gaan roken. Aan het eind van de zwangerschap moest ik een paar dagen aan het infuus. In het ziekenhuis mocht ik buiten roken, één sigaretje. Ik had ook een nicotinepleister.

Ik heb vier miskramen gehad en ze zeiden dat het waarschijnlijk kwam door veel roken. De vijfde keer ging het goed, er was extra controle. Nu ben ik weer zwanger, tien weken, en weer onder controle van de gynaecoloog. Die zegt er niks over en ik rook nog steeds twee pakjes per dag en mijn man een pakje shag in de week.

In de regio's waar geen samenhangend beleid was vroeg de inspectie om binnen een half jaar te bevestigen dat een VSV-breed beleid voor stoppen met roken begeleiding was vastgelegd.

4.5.2 *Voorlichting aan de zwangere nauwelijks gezamenlijk*

Vier VSV's hadden in het VSV afstemming over de inhoud van de (prenatale) voorlichting aan zwangeren en de voorlichting in de verschillende echelons was eenduidig. Zij voldeden daarmee aan de norm.

Twee VSV's voldeden aan meer dan de minimumeisen. Hier werd de onderling afgestemde voorlichting samen gegeven en was er gezamenlijk voorlichtingsmateriaal.

Dertien VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was in het VSV geen afstemming over de inhoud van de (prenatale) voorlichting aan zwangeren en/of de voorlichting was in de verschillende echelons niet eenduidig.

In vijf van de dertien regio's waar nog geen (afstemming over) gezamenlijke voorlichting was, waren werkgroepen bezig met het ontwikkelen hiervan. In twee andere waren hiervoor plannen.

In zes regio's werd niet aan gezamenlijke voorlichting gewerkt. Twee hiervan vertelden dat dit bewust beleid was omdat de insteek vanuit de tweede lijn anders is dan vanuit de eerste lijn.

Eerstelijns verloskundigen die bevallingen begeleidden in meer dan één ziekenhuis vertelden dat het beleid en dus ook de voorlichting verschilt tussen ziekenhuizen. Dat was bijvoorbeeld bij verwijzing bij gebroken vliezen, waardoor hun voorlichting soms niet aansloot bij de uiteindelijk ontvangen zorg.

De voorlichting werd in verschillende regio's als onderdeel van zorgpaden meegenomen, waarbij taken tussen eerste en tweede lijn, verloskundigen en gynaecologen verdeeld worden.

In de tweede lijn werden vooral informatieavonden georganiseerd, soms gecombineerd met folders of individuele voorlichtingsgesprekken door een klinisch verloskundige of O&G-verpleegkundige. In drie regio's was ook voorlichting door de kinderafdeling indien het kind daar naar verwachting opgenomen zal worden. In vier regio's was de klinisch verloskundige bij de tweedelijns voorlichting betrokken, in drie regio's de gynaecoloog. Ook verpleegkundigen, kinderartsen en *nurse practitioners* verzorgden soms voorlichting (over specifieke onderwerpen). In zes regio's was de kraamzorg op enigerlei wijze bij (een deel van) de voorlichtingsactiviteiten betrokken. Dit gold in vijf regio's ook voor JGZ, CJG of gemeente.

4.5.3 *Preconceptie-adviesing is niet van de grond gekomen*

In alle regio's waren eerstelijns verloskundigen geschoold in de preconceptie-adviesing (PCA) en was hiervoor het draaiboek van de KNOV beschikbaar. Veel eerstelijns verloskundigen praktijken boden PCA ook aan op hun website. De ervaring was echter dat hiervan zeer weinig gebruik werd gemaakt. Na een aanvankelijk goede start in het kader van een pilotonderzoek is PCA in de deelnemende regio's stilgevallen door het ontbreken van een vervolfinanciering.

Binnen de tweede lijn kwam PCA vooral ter sprake bij mensen die al in de tweede lijn bekend waren bijvoorbeeld met vruchtbaarheidsproblemen of bij specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld familiale ziekten of medicatiegebruik. In enkele ziekenhuizen was een apart PCA-sprekuur samen met andere specialisten zoals

cardiologen, internisten, diabetesverpleegkundigen of reumatologen. In andere ziekenhuizen vond men PCA bij vrouwen met diabetes of schildklierfunctiestoornissen die zwanger willen worden een taak voor de arts die de patiënt daarvoor onder controle heeft. Of men wachtte op toegezegde initiatieven van het CPZ. In één regio zochten de gynaecologen budget bij de gemeente voor een project 'Een Beter Begin', waarin voorlichting wordt geboden aan scholieren over leefstijl en voortplanting, waarin PCA een plaats heeft.

Zowel verloskundigen als gynaecologen noemden een aantal belemmeringen voor het van de grond komen van PCA. De juiste doelgroepen worden onvoldoende bereikt. En met het actief aanbieden was men terughoudend uit de ervaring dat patiënten geen zorg willen die niet wordt vergoed. Daarnaast bleek het ontbreken van een registratiemogelijkheid voor PCA in de registratiesystemen voor verloskundigen een belemmering.

4.5.4 *Beleid bij taal- en cultuurverschillen niet structureel*

Bij de eerste twaalf inspectiebezoeken bleek geen enkel VSV structureel beleid voor vrouwen met taal- en cultuurverschillen te hebben. In de afzonderlijke disciplines was hiervoor soms wel aandacht, maar afstemming hierover of een vast beleid in zowel de eerste als de tweede lijn, kraamzorg en JGZ was niet aanwezig. Om die reden was dit onderwerp niet opgenomen in de tweede serie bezoeken.

Aandacht voor het onderwerp bleek soms uit de aanwezigheid van folders in andere talen of beeldmateriaal. In enkele regio's werd in de tweede lijn de tolkentelefoon wel gebruikt. In de eerste lijn werd dit soms om financiële redenen niet (meer) gedaan. Het stopzetten van de financiering van de tolkentelefoon is voor veel, maar niet alle, zorgverleners een reden om andere methoden toe te passen, zoals het inzetten van informele tolken, gebruik van *Google translate* of communicatie in het Engels. Asielzoekers werden soms genoemd als aparte groep waar extra aandacht voor is.

Verscheidene regio's benoemden dat ook onder de autochtone bevolking cultuurverschillen een rol spelen, bijvoorbeeld een cultuurgebonden weerstand om in een buurgemeente te bevallen.

4.5.5 *Laaggeletterdheid niet herkend*

Bij de eerste twaalf inspectiebezoeken bleek geen enkel VSV structureel beleid voor laaggeletterde zwangeren te hebben. Daarom is ook dit onderwerp niet meer uitgevraagd in de volgende zeven bezoeken.

In één VSV-regio herkenden de eerstelijns verloskundigen laaggeletterdheid. Zij hadden folders met plaatjes en uitleg in 'Jip en Janneke taal'. Ook schakelden zij de JGZ in om extra begeleiding te kunnen geven.

In drie VSV-regio's was er enige herkenning in de tweede lijn en kwam het aan de orde als onderdeel van de vroegsignalering in het multidisciplinair overleg of op de POP-poli. In deze ziekenhuizen was er ook op de kinderafdeling beleid voor het herkennen van laaggeletterdheid en het aanpassen van voorlichting, zoals voedingsadviezen. In een vierde ziekenhuis wist men dat de afdeling voorlichting beschikte

over pictogrammen om het één en ander te verduidelijken en had de afdeling verloskunde een fotoboek als voorlichting bij een geplande keizersnee.

In één VSV-regio nam één van de kraamzorgorganisaties deel in een projectgroep laaggeletterdheid, waar problematiek rondom laaggeletterdheid werd besproken en beleid en activiteiten werden gedeeld. Deze organisatie had ook jaarlijkse trainingen voor kraamverzorgenden gericht op de zorg in gezinnen die laaggeletterd zijn. In een tweede organisatie in dezelfde regio was laaggeletterdheid als risicofactor opgenomen in een protocol voor zwangeren in achterstandssituaties en gezinnen met een lage SES.

In één regio was het beleid voor laaggeletterden in een subgroepje van het VSV besproken, maar was niet bekend wat daarmee vervolgens was gebeurd.

In de meeste VSV-regio's waren zorgverleners van mening dat laaggeletterdheid in hun regio nauwelijks voorkwam. Zij besteedden in de praktijk vrijwel nergens structureel aandacht aan het herkennen van laaggeletterdheid bij zwangeren. Een aangepaste werkwijze met controle of afspraken waren begrepen of met aangepast voorlichtingsmateriaal of aangepaste bewegwijzering in ziekenhuizen werd nergens aangetroffen.

4.5.6 *Veel aandacht maar geen eenheid in beleid voor psychosociale problemen*

In negen regio's had het VSV een samenhangend beleid van nulde, eerste en tweede lijn en kraamzorg voor zwangeren en kraamvrouwen met psychosociale problemen dat in de praktijk goed werkte. Zij voldeden hiermee aan de norm. In één VSV werd dit beleid ook geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Dit VSV voldeed hiermee aan meer dan de minimumeisen.

De overige negen regio's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was weliswaar ook extra aandacht voor zwangeren en kraamvrouwen met psychosociale problemen, maar hier was het beleid van eerste en tweede lijn en kraamzorg niet op elkaar afgestemd en er was onvoldoende contact tussen de verschillende begeleiders.

In de meeste regio's konden eerstelijns verloskundigen bij zwangeren met (verdenking op) psychosociale problemen de JGZ of het CJG inschakelen voor vroeg-hulp en meestal verliep dit ook goed. In enkele regio's was dit nog in een opstart-fase, werd hiervan nog weinig gebruikgemaakt of verliep de hulp onvoldoende. In twee regio's was het beleid in de eerste lijn vooral om de zwangere bij psychosociale problemen zelf meer in de gaten te houden of haar zelf naar het maatschappelijk werk te verwijzen. In vier regio's verwees de verloskundige bij deze problemen de zwangere naar de tweede lijn, of zette zij de zorg voort samen met de tweede lijn. Soms leidde verwijzing naar de tweede lijn ertoe dat de verloskundige de zwangere dan 'kwijt' was.

In de meeste regio's was er in de tweede lijn een regelmatig multidisciplinair overleg en/of een POP-poli, waar gynaecologen samen met de kinderarts, psychiater, psycholoog en medisch maatschappelijk werk zwangeren en het beleid bespreken. In een minderheid hiervan werd de eerstelijns verloskundige ook uitgenodigd voor dit overleg. In twee regio's was men voor psychiatrische hulp aangewezen op de psychiater van een ander ziekenhuis, die niet was verbonden aan het multidisciplinaire overleg. Het overleg was gericht op verslaafde zwangeren en zwangeren met psychiatrische problemen maar er werden ook andere aandachtsgroepen genoemd zoals tienermoeders, dove zwangeren of zwangeren met een licht verstandelijke

beperking. Verwijzing vanuit de tweede lijn naar de JGZ gebeurde meestal via de medisch maatschappelijk werkende, die in veel regio's ook als casemanager optrad voor deze zwangeren. Kinderartsen hadden in de meeste regio's wel een rechtstreeks contact met de JGZ.

Bij ernstige psychische problemen werd een klinisch kraambed aangeboden. In tenminste één regio was het beleid dit kort te houden om in ieder geval een deel van de kraamzorg ook in de thuissituatie te kunnen laten plaatsvinden.

Informatie over psychosociale problemen was niet altijd (tijdig) beschikbaar voor de verloskundige en de kraamverzorgende die het kraambed van een zwangere uit de tweede lijn begeleidden. Ook signalen over psychosociale problemen die een kraamzorgorganisatie verkreeg bij de intake waren in de meeste regio's niet bekend bij de verloskundige en de kraamverzorgende die het kraambed begeleidden.

Het was bij de meeste kraamzorgorganisaties niet gebruikelijk gespecialiseerde kraamverzorgenden in te zetten bij probleemgezinnen. Omdat scholing over vroegsignalering tot de verplichte scholingen voor kraamverzorgenden behoort achtten zij hen voldoende opgeleid om ingezet te worden in alle soorten kraamgezinnen. Ook waren veel kraamverzorgenden geschoold in het gebruik van de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Enkele organisaties onderkenden wel dat sommigen beter zijn in specifieke situaties en probeerden bijvoorbeeld een kraamverzorgende met meer levenservaring in te zetten. De planning hiervan bleek over het algemeen lastig.

Verlengde kraamzorg was op indicatie bij alle kraamzorgorganisaties mogelijk, maar het was afhankelijk van de zorgverzekering of gezinnen hiervan gebruik konden maken.

De meeste JGZ-instellingen hadden een regionaal beleid gericht op probleemgezinnen met jonge kinderen dat soms al tijdens de zwangerschap kon starten. Het verschilde per regio in hoeverre dit beleid was afgestemd met gemeenten, kraamzorgorganisaties, huisartsen of eerstelijns verloskundigen. Ziekenhuizen waren meestal niet aangesloten. Verschillende projecten werden benoemd zoals (prenataal) stevig ouderschap, gelijke kansen, voorzorg of voorzorg en bemoeizorgprojecten. In een derde van de regio's kon een (voorzorg)verpleegkundige vanuit de JGZ op indicatie al tijdens de zwangerschap een huisbezoek brengen. In enkele regio's was dit aanbod nog in een onderzoeksfase en in één regio was dit na een korte periode weer gestopt. Omdat de JGZ soms een andere regio-indeling heeft en het inkoopbeleid per gemeente kan verschillen, was het interventieaanbod ook niet altijd voor de hele regio gelijk.

In twee VSV-regio's deden een aantal gemeenten mee aan het project *Healthy Pregnancy 4 all*. Hierover was echter niet veel bekend bij de verschillende zorgverleners en het ziekenhuis was hierbij (nog) niet aangesloten.

In de regio's waar geen samenhangend beleid was vroeg de inspectie om binnen een half jaar te bevestigen dat een VSV-breed beleid voor zwangeren met psychosociale problemen was vastgelegd.

4.5.7 *Geen afspraken over afleggen huisbezoek*

In geen van de VSV's waren afspraken gemaakt over afstemming, rolverdeling en uitwisseling van bevindingen bij een prenataal huisbezoek.

Huisbezoeken werden in de prenatale fase vooral door de kraamzorg afgelegd ten behoeve voor van de intake. Per regio en/of per kraamzorgorganisatie verschilde het beleid voor het brengen van een huisbezoek. Sommige organisaties bezochten alle cliënten, sommige alleen bij de zwangerschap van het eerste kind, soms aangevuld met zwangeren met een indicatie. Driemaal werd aangegeven dat beleid van de zorgverzekeraar hierin ook bepalend was.

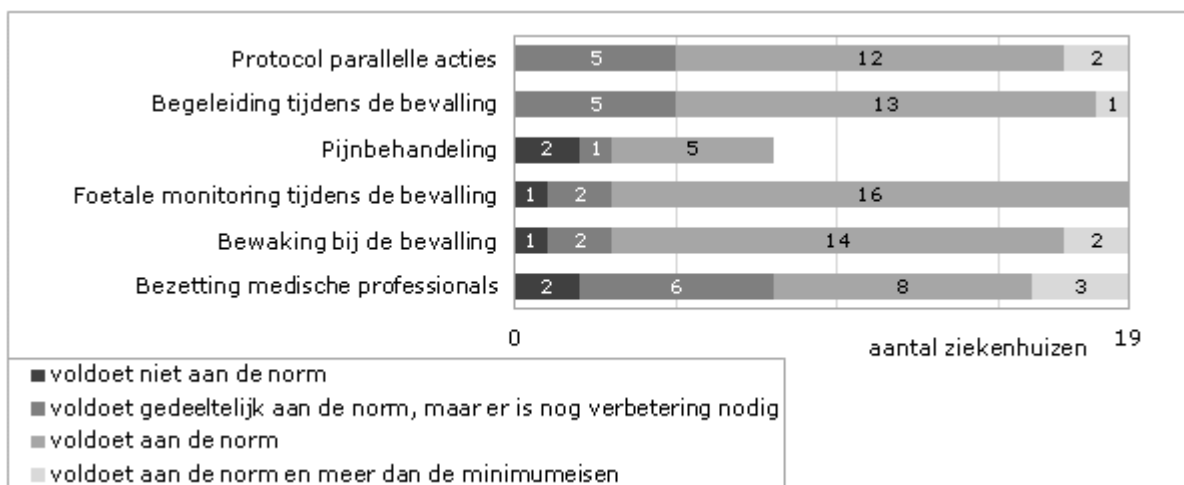
In zes regio's koppelde de kraamzorg gegevens uit het huisbezoek of de intake terug aan de verloskundige en/of JGZ. In één regio gaf de tweede lijn aan dat zij die terugkoppeling miste.

Onder verloskundigen was het beleid voor huisbezoeken ook verschillend. In zeven regio's gaven de verloskundigenpraktijken (of een deel daarvan) aan dat zij wel huisbezoeken deden, op indicatie of bij alle zwangeren. Andere praktijken hadden geen beleid of zij schakelden hiervoor kraamzorg of JGZ in. In drie regio's gaven praktijken aan dat zij hun cliënten en de wijken voldoende kenden en daarom geen behoefte hadden aan een huisbezoek.

De JGZ gaat volgens het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg standaard de 10-14e dag op huisbezoek. In vier regio's werd dit huisbezoek soms op verzoek van verloskundige of kraamzorg vervroegd en soms kon al tijdens de zwangerschap een huisbezoek plaatsvinden (zie ook 4.5.5). Dergelijke verzoeken vanuit de tweede lijn of de POP-poli kwamen zelden voor. In vijf regio's benoemde de JGZ expliciet dat er onvoldoende gebruik gemaakt werd van deze mogelijkheden, zeker waar het zwangeren betrof met lichte of matig ernstige problemen. Als indicatie voor vroege inzet van de JGZ werd vooral psychiatrische problematiek genoemd.

4.6 Randvoorwaarden voor veilig bevallen aanwezig, ook in acute situatie

Een goede begeleiding en bewaking tijdens de bevalling is essentieel voor de veiligheid van moeder en kind. Als tijdens de bevalling een acute situatie ontstaat, is snel ingrijpen noodzakelijk en moet zowel vanuit de thuissituatie als binnen het ziekenhuis snel opgeschaald kunnen worden. In figuur 9 is weergegeven hoe de bezochte VSV's scoorden op de normen voor parallelle actie en begeleiding en bewaking bij de bevalling (zie bijlage 5).



Figuur 9. Parallelle actie en begeleiding en bewaking bij de bevalling zoals opgenomen in het definitieve VSV-rapport

4.6.1 *Alle VSV's hebben een protocol parallelle actie*

Twaalf VSV's voldeden aan de norm. Zij hadden een protocol voor de overdracht van eerste naar tweede lijn in geval van een acute levensbedreigende situatie opgesteld dat in de praktijk goed functioneerde. Ook waren afspraken gemaakt met de ambulancedienst die bij alle betrokkenen bekend waren. Bij een acute levensbedreigende situatie binnen de tweede lijn waren er sluitende afspraken vastgelegd wie de bevoegdheid had om het OK-team en de kinderarts in huis te roepen als een 'parallelle actie' geïndiceerd was. Deze afspraken werden ad hoc geëvalueerd.

Twee VSV's hadden bovendien voorzien in een structurele evaluatie. Zij voldeden daarmee aan meer dan de minimumeisen.

Vijf VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Twee moesten de afspraken nog afstemmen met de ambulancedienst en afspraken maken voor de evaluatie ervan. De overige drie moesten het protocol parallelle actie nog formeel vaststellen en implementeren en afspraken voor de evaluatie maken.

Het protocol was in alle regio's relatief recent opgesteld (2011-2013).

De ambulancedienst, regionale ambulancevoorziening (RAV) of ROAZ waren in twaalf regio's actief betrokken bij de opstelling van het protocol. In twee regio's waren er bilaterale afspraken tussen de ambulancedienst en de eerstelijns verloskundigenkring en in drie andere was het protocol ter informatie toegestuurd aan de ambulancedienst. In twee regio's had geen afstemming plaatsgevonden.

Het verschilde per regio wie de eerstelijns verloskundige kan bellen bij een acute situatie thuis: de gynaecoloog (elf regio's), de dienstdoende arts-assistent (vier regio's) of de klinisch verloskundige (vier regio's). In de meeste regio's beschikten zij hiervoor over een vast nummer of spoednummer ook in de avond en nacht, in vier regio's verliep het oproepen via de portier van het ziekenhuis. In één regio signaleerden eerstelijns verloskundigen een probleem met de bereikbaarheid van de telefoons en piepers op de verloskamers. Dit werd kort na het inspectiebezoek technisch opgelost.

Degene die gebeld wordt had in de meeste ziekenhuizen ook de bevoegdheid om direct de anesthesioloog, het OK-team en de kinderarts in huis te roepen. Deze afspraken waren hetzelfde wanneer zich een onverwachte situatie binnen het ziekenhuis voordeed die acuut ingrijpen noodzakelijk maakte.

In één ziekenhuis was het de gewoonte de zwangere na aankomst in het ziekenhuis eerst zelf te beoordelen (hertriage) voor de overige zorgverleners werden opgeroepen, waardoor kostbare tijd verloren gaat. Dit is na het inspectiebezoek direct aangepast.

In twee ziekenhuizen was de anesthesioloog altijd in huis, bij de overige ziekenhuizen was deze volgens afspraak en in de praktijk binnen 20 minuten (4x binnen 15 minuten) aanwezig. Een OK-team was in vier ziekenhuizen altijd en in één ziekenhuis overdag en 's avonds in huis en in de meeste overige ziekenhuizen eveneens binnen 15 tot 20 minuten aanwezig. In twee ziekenhuizen was de oproeptijd voor het OK-team formeel 30 minuten. Het kan dan nog een half uur duren tot het kind geboren is. Daarom is in enkele ziekenhuizen geregeld dat de O&G-verpleegkundige of klinisch verloskundige direct de OK in orde kan maken, terwijl zij wachten op de patiënt en het OK-team.

In acht regio's werden parallelle acties structureel geregistreerd en in het VSV geëvalueerd, in drie andere werden ze in ieder geval na het gebeurde gezamenlijk nabesproken. In acht regio's was evaluatie niet gebruikelijk en kreeg de insturende verloskundige geen terugkoppeling.

Bij het uitkomen van dit rapport voldeden alle regio's aan de norm.

4.6.2 *In een kwart van de ziekenhuizen geen beleid voor begeleiding bij piekdrukke*

Dertien regio's voldeden aan de norm. Hier waren 7x 24 uur voldoende O&G-verpleegkundigen en/of kraamverzorgenden voor een verantwoorde begeleiding van de bevalling en was een beleid voor piekdrukke vastgelegd. In één regio werd doorgaans een één-op-één-begeleiding gerealiseerd. Deze regio voldeed hiermee aan meer dan de minimumeisen. Vijf regio's voldeden gedeeltelijk aan de norm, omdat zij geen beleid voor piekdrukke hadden vastgelegd

Bij de bevalling thuis werd partusassistentie geleverd vanuit de kraamzorgorganisatie waarmee de aanstaande ouders zelf een afspraak hadden gemaakt. Afhankelijk van de organisatie was dat een kraamverzorgende uit een aparte pool voor begeleiding bij de bevalling (partusassistentie) of juist de kraamverzorgende die het gezin de gehele kraamperiode zou begeleiden. In de helft van de regio's kon vroegtijdige inzet van partusassistentie (VIP) geboden worden, maar hiervan werd weinig gebruikgemaakt. De reden die werd genoemd was meestal dat de verloskundige zelf aanwezig blijft als de bevalling goed op gang is, zeker als de kraamverzorgenden weinig partuservaring hebben. Verloskundigen gingen er ook vanuit dat hun cliënten het prettiger vinden als de verloskundige bij hen blijft. In drie regio's werd genoemd dat de partusassistentie vaak (te) laat aanwezig was omdat de kraamverzorgende een lange aanrijdtijd had of de zwangere zelf soms pas laat belde. Een reden die ook werd genoemd was dat de verloskundige te laat belt omdat zij moet afwegen wanneer ze de vier uur inzet die de kraamverzorgende hiervoor beschikbaar heeft.⁹

Bij een poliklinische bevalling werd verpleegkundige begeleiding geleverd door een kraamverzorgende van een kraamzorgorganisatie (vier regio's) of van het geboorte- of bevalcentrum (eveneens vier regio's). In de overige regio's gebeurde dit door O&G-verpleegkundigen van het ziekenhuis. Enkele ziekenhuizen hadden kraamverzorgenden in dienst voor poliklinische of laagcomplexere bevallingen of hadden plannen om hiermee te beginnen.

Bij een bevalling met een medische indicatie werd de verpleegkundige zorg in alle ziekenhuizen geleverd door een O&G-verpleegkundige of door een verpleegkundige of kraamverzorgende onder supervisie van een O&G-verpleegkundige.

Het opvangen van piekdrukke werd verschillend geregeld. In de meeste ziekenhuizen werd eerst gekeken of een verpleegkundige of kraamverzorgende van de kraamafdeling of kinderafdeling kon bijspringen. In tien ziekenhuizen bestond daarnaast de mogelijkheid iemand extra op te roepen, hetzij door een flexibele inroostering van eigen medewerkers, hetzij vanuit een flexpool. In drie ziekenhuizen werd bij piekdrukke de zorg beperkt door het uitstellen van geplande inleidingen of keizersneden of door de verloskamers te sluiten voor zwangeren van buiten. In één ziekenhuis betekende dit dat soms een bevallende vrouw van het inpatient

⁹ <http://www.cz.nl/kraamzorg-landelijk-indicatieprotocol.pdf>

geboortecentrum bij een probleem verwezen moest worden naar een ander ziekenhuis. In dit ziekenhuis is de capaciteit na het inspectiebezoek direct aangepast, zodat deze ongewenste overplaatsingen niet meer voorkwamen.

Over de noodzaak van de één-op-één-begeleiding werd verschillend gedacht. Opmerkingen hierover varieerden van soms een risico als er minder begeleiding is tot één-op-één-begeleiding is niet (medisch) noodzakelijk. In één regio werd genoemd dat meer inzet ook niet wenselijk was omdat de verpleegkundigen dan nog maar weinig bevallingen zouden doen waardoor hun expertise aanzienlijk zou dalen.

Ook werd verschillend gedacht over wat de bevallende vrouw zou wensen: in meerdere ziekenhuizen werd gedacht dat vrouwen het prettig zouden vinden, maar er waren ook zorgverleners die zich afvroegen of het altijd wenselijk is om continu bij de zwangere te zijn omdat alleen zijn soms ook goed is.

Uit gesprekken met pas bevallen moeders bleek dat zij het feit dat het in het ziekenhuis erg druk was of dat verpleegkundigen weinig tijd hadden of weinig ondersteuning boden vervelend vonden en dat zij een continue begeleiding waardeerden.

Ik ben drie dagen achterelkaar voor een CTG in het ziekenhuis geweest. Het was op de verloskamers zo druk dat ik steeds erg lang moest wachten. En toen ik naar de WC moest had niemand tijd om me te helpen. Ik moest het CTG maar even zelf uit en weer inpluggen. Toen daarbij het alarm afging heb ik gewoon alle knoppen uitgeprobeerd tot het alarm weer ophield.

Tijdens de inleiding van de bevalling had ik hele pijnlijke rugweeën. De verpleegkundige kwam nu en dan even kijken en zei dat mijn man dan maar mijn rug moest masseren.

Er waren een vaste verloskundige en een vaste verpleegkundige die er de hele tijd bij bleven. Die wisten precies wat de situatie was, dat hoefde ik daardoor niet steeds opnieuw uit te leggen.

Op 1 januari 2014 hadden alle ziekenhuizen een regeling voor piekdrukke vastgesteld en voldeden hiermee aan de norm.

4.6.3 Onverwachte risico's in pijnbehandeling

In vijf VSV's werden zwangeren tijdens de zwangerschap structureel voorgelicht over de mogelijkheden en risico's van pijnbehandeling en was op verzoek een adequate en veilige vorm van pijnbehandeling mogelijk en dag en nacht laagdrempelig beschikbaar. Zij voldeden daarmee aan de norm.

Eén VSV voldeed gedeeltelijk aan de norm. Hier werden zwangeren tijdens de zwangerschap wel voorgelicht over pijnbehandeling maar was deze niet dag en nacht laagdrempelig beschikbaar en twee VSV's voldeden niet aan de norm.

In elf VSV's werd een niet geregistreerd geneesmiddel voor pijnbehandeling bij de bevalling gebruikt.

In één regio moest een zwangere die epidurale pijnstilling wenste bij 36 weken naar de gynaecoloog worden verwezen zodat de baring eventueel ingeleid kon worden.

Hier was het ook standaard dat de moeder na een bevalling met epidurale analgesie in het ziekenhuis werd opgenomen.

In de tweede regio was formeel dag en nacht epidurale pijnstilling beschikbaar maar werd bij voorkeur gebruikgemaakt van dormicum, wat niet in lijn was met de richtlijn medicamenteuze behandeling tijdens bevalling.

In deze twee ziekenhuizen is het beleid direct na het inspectiebezoek aangepast.

In elf ziekenhuizen bleek op ruime schaal gestart met het gebruik van remifentanil voor pijnstilling tijdens de bevalling. In de praktijk varieerde de werkwijze rond indicatiestelling, bereiding, monitoring en voorlichting aan de patiënt sterk.

De inspectie heeft de vraag aan welke voorwaarden moet worden voldaan om verantwoorde toepassing van remifentanil bij de baring mogelijk te maken voorlegd aan de betrokken beroepsgroepen.

Voor het overige voldeden op 1 januari 2014 alle regio's aan de norm.

4.6.4 *Foetale monitoring, gebruik van MBO varieert*

Zestien VSV's voldeden aan de norm. Hier was het 7x24 uur mogelijk op indicatie de foetale conditie tijdens de bevalling te monitoren met CTG en microbloedonderzoek (MBO). Degene die de bevalling begeleidde was voldoende opgeleid en getraind om het CTG te beoordelen en het MBO te interpreteren en de dienstdoende gynaecoloog kon (indien niet aanwezig op verloskamer) de CTG-registratie op afstand bekijken.

Twee VSV's voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier bestond niet de mogelijkheid voor de dienstdoende gynaecoloog om de CTG-registratie op afstand te bekijken.

Eén VSV voldeed niet aan de norm. Hier was het weliswaar 7x24 uur mogelijk op indicatie de foetale conditie te monitoren met CTG maar degene die de bevalling begeleidde was niet altijd voldoende getraind om het CTG te beoordelen. Dit is direct na het inspectiebezoek aangepast door de beoordeling van CTG's op te nemen in het autorisatiesysteem van de verloskundigen.

In alle ziekenhuizen was 7x24 uur CTG-bewaking op indicatie mogelijk. In de helft van de ziekenhuizen was het beoordelen van het CTG voorbehouden aan de GOP of gynaecoloog, in de andere helft werd dit (ook) door de O&G-verpleegkundige gedaan. In de meeste ziekenhuizen werden CTG's gezamenlijke nabesproken tijdens de medische overdracht. Hierbij waren klinisch verloskundigen niet altijd en O&G-verpleegkundigen nooit aanwezig (zie ook 4.3.1).

In drie ziekenhuizen was daarnaast ECG-bewaking van de foetus met automatische ST-analyse (STAN) mogelijk.

Aanvullend gebruik van MBO was niet in alle ziekenhuizen gebruikelijk. Dit varieerde van een laagdrempelige verificatie van een afwijkend CTG door de GOP tot een zelden gebruikt aanvullend onderzoek. In de meeste ziekenhuizen was de indicatie voor een MBO altijd reden voor de gynaecoloog om in huis te komen voor een medebeoordeling. In enkele ziekenhuizen was de bepaling niet mogelijk in het verloskamercomplex, wat een belemmering voor laagdrempelig gebruik vormde. In één ziekenhuis werd het MBO nooit gebruikt.

Op 1 januari 2014 voldeden alle ziekenhuizen aan de norm en hadden ziekenhuizen met een logistieke belemmering voor het gebruik van het MBO dit opgelost.

4.6.5 *Bewaking bij de bevalling verantwoord geregeld of direct aangepast*

Veertien regio's voldeden aan de norm. Hier was 7x 24 uur een GOP in het ziekenhuis aanwezig. De gynaecoloog of GOP stelde zich regelmatig op de hoogte van de conditie van moeder en kind en het verloop van de baring. Wanneer de gynaecoloog niet in het ziekenhuis was, was deze oproepbaar en binnen 30 minuten aanwezig.

In twee ziekenhuizen was altijd een gynaecoloog in huis. Zij voldeden hiermee aan meer dan de minimumeisen.

Twee ziekenhuizen voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier was niet 7x24 uur een GOP aanwezig. De bewaking van de bevalling werd hier (in een deel van de tijd) uitgevoerd door een nog niet geautoriseerde klinisch verloskundige of een O&G-verpleegkundige, waarbij de gynaecoloog zich regelmatig op de hoogte stelde van de conditie van moeder en kind en het verloop van de baring en bij oproep binnen 30 minuten aanwezig was.

Eén ziekenhuis voldeed niet aan de norm. Hier waren geen klinisch verloskundigen en was de gynaecoloog niet 7x 24 uur aanwezig in het ziekenhuis.

In de meeste ziekenhuizen was 7x24 uur een klinisch verloskundige aanwezig, in vijf ziekenhuizen was dit niet het geval. In twee hiervan waren klinisch verloskundigen alleen overdag en 's avonds aanwezig en in een derde alleen overdag. Hier waren in de avond en nacht wel arts-assistenten als GOP aanwezig.

In de twee ziekenhuizen waar wel klinisch verloskundigen werkten maar niet 7x24 een GOP aanwezig was, is dit direct na het inspectiebezoek aangepast.

In het ziekenhuis waar geen klinisch verloskundigen werkten sprak de raad van bestuur af dat altijd een gynaecoloog aanwezig moest zijn als iemand op de verloskamer was opgenomen.

4.6.6 *Onvoldoende bezetting medische professionals direct aangepast*

Acht regio's voldeden aan de norm. Hier waren 7x 24 uur voldoende eerstelijns verloskundigen en voldoende GOP's of gynaecologen beschikbaar voor een verantwoorde bewaking en er was een beleid om piekdrukke op te vangen.

In drie ziekenhuizen was altijd een één-op-twee-bewaking van de bevalling mogelijk, ook bij piekdrukke. Zij voldeden hiermee aan meer dan de minimumeisen.

Zes ziekenhuizen voldeden gedeeltelijk aan de norm. Hier waren doorgaans wel voldoende GOP's aanwezig, maar in geval van piekdrukke moest ad hoc bekeken worden hoe verantwoorde bewaking kon worden vormgegeven.

Twee ziekenhuizen voldeden niet aan de norm. In het ene ziekenhuis waren geen GOP's en waren de gynaecologen tijdens de diensten niet in het ziekenhuis aanwezig. In het tweede was er geen volledige 7x24 uren bezetting met GOP's en was de medische bezetting met gynaecologen een probleem door een groot verloop in de maatschap.

In deze twee ziekenhuizen vroeg de inspectie onmiddellijk om maatregelen. Het ene ziekenhuis trad in overleg met de NVOG over de eisen van het aanstellen van klinisch verloskundigen. In afwachting hiervan maakte de raad van bestuur, zoals ook beschreven in 4.6.5, de afspraak dat de gynaecologen in huis zouden blijven zolang er iemand op de verloskamer was opgenomen. In het tweede is de raad van bestuur in overleg met een naburig ziekenhuis voor een definitieve oplossing van de

medische bezetting. In afwachting hiervan zijn voldoende vaste waarnemers aangetrokken en is de bezetting met klinisch verloskundigen op sterkte gebracht, waardoor de continuïteit van de zorg geborgd is.

Op 1 januari 2014 hadden vijf van de zes ziekenhuizen een duidelijke regeling voor piekdruk vastgelegd; in de zesde verwacht de inspectie dat dit voor 1 april ook het geval is. Hiermee voldoen na 1 april alle ziekenhuizen aan de norm.

4.7 Concentratie van verloskundige zorg kent eigen risico's

4.7.1 Sluiting van verloskundeafdelingen leidde tot veel beroering

In het onderzoek waren zeven regio's geselecteerd omdat concentratie van verloskundige zorg een rol speelde. In vijf regio's was een klinische afdeling verloskunde gesloten in 2009 (2x), 2012 of 2013 (2x) en in twee regio's bestond het voornemen dit te doen in 2014 of 2015.

Het ging in drie regio's om het samenvoegen van één grote en één relatief kleine afdeling verloskunde, in vier regio's werden twee relatief kleine afdelingen verloskunde in één ziekenhuis samengevoegd.

In alle regio's kwam het initiatief voor de concentratie vanuit de tweedelijns zorg, hetzij door een fusie van gynaecologenmaatschappen, hetzij door een (voorgenomen) fusie van ziekenhuizen. Als aanleiding voor de concentratie en sluiting van een van de afdelingen werd genoemd de combinatie van toegenomen kwaliteitseisen en de noodzaak tot bezuinigen en/of de onmogelijkheid om voldoende gespecialiseerde medewerkers aan te trekken. Eén van de ziekenhuisbestuurders formuleerde dit als 'de kwetsbaarheid van de bezetting en daaraan gerelateerd de aantrekkelijkheid van werkomgeving voor jonge specialisten spelen een belangrijke rol: een vakgroep van drie of vier specialisten is niet aantrekkelijk'.

Het besluit tot sluiting van de verloskundeafdeling in een regionaal ziekenhuis had een grote impact op de bevolking en de ketenpartners en leidde in de meeste regio's tot emoties. Bij eerdere sluitingen was dit onvoldoende voorzien door ziekenhuisbestuurders en kwam overleg met de eerste lijn, de ROAZ en de ambulancediensten pas laat tot stand. Bij de meer recente of nog voorgenomen sluitingen is in een veel eerder stadium overleg met de ketenpartners gestart.

Op voorlichting voor de lokale bevolking of specifieke informatie voor zwangeren is in geen enkele regio centrale regie gevoerd.

Een moeder die enkele weken na een sluiting in haar eigen woonplaats elders was bevallen vertelde: 'Ik had over de sluiting gehoord via een kennis en zag het daarna op de site van de verloskundigenpraktijk. Ik was toen ik het hoorde 30 weken zwanger en rekende erop dat ik net als bij de eerste in ons eigen ziekenhuis zou bevallen. Ik baalde want nu moest ik opeens kiezen waar ik dan heen moest. Naar een ziekenhuis in een plaats die ik helemaal niet kende of naar een groot ziekenhuis in de stad.'

4.7.2 Keuzevrijheid veranderd maar niet beperkt

De sluiting van een verloskundeafdeling betekende niet dat alle vrouwen daarna voor een bevalling naar het samenwerkingsziekenhuis gingen. Een aanzienlijk deel van de zwangeren kiest voor andere ziekenhuizen in de regio, op grond van de afstand vanaf huis of vanwege de voorkeur voor een kleinschalig of juist groot ziekenhuis. Ook culturele verschillen spelen hierbij een rol, naar verluid omdat ouders een sterke emotie hebben bij wat wel of niet de geboorteplaats van hun kind

is. De verloskundigen adviseren hen over de verschillen tussen de ziekenhuizen en laten de uiteindelijke keuze over aan de zwangere. In zes regio's begeleidden de eerstelijns verloskundigen ook bevallingen in het ziekenhuis van een naburige regio. In één regio was dit door de afstand niet mogelijk. Hier werd de zorg, als de vrouw voor een ander ziekenhuis koos om poliklinisch te bevallen, al tijdens de zwangerschap overgedragen aan een verloskundige uit de regio van dat ziekenhuis.

Vrouwen die kiezen voor een ander dan het samenwerkingsziekenhuis moesten in de meeste gevallen, als een tweedelijns zwangerschapscontrole nodig was, hiervoor verder reizen. Dit was voor sommigen een bezwaar door de kosten of het ontbreken van eigen vervoer. In één regio hadden ook omliggende ziekenhuizen een polikliniek verloskunde in het verzorgingsgebied van de gesloten verloskundeafdeling geopend waardoor zwangerschapscontroles dicht bij huis mogelijk waren ongeacht welk ziekenhuis de vrouw koos. In een andere regio verliep het overleg hierover moeizaam.

Ook de keuze voor een thuisbevalling veranderde door de concentratie. Enerzijds waren de indicaties voor bevallen in het ziekenhuis aangescherpt en was de mogelijkheid om thuis te bevallen voor een klein aantal zwangeren beperkt omdat zij na de sluiting te ver van een ziekenhuis af woonden. In één regio was hiervoor een geboortehuis gestart in de plaats met de vertrekkende afdeling verloskunde, waar een verplaatste thuisbevalling kan plaatsvinden. Anderzijds vertelden eerstelijns verloskundigen dat vrouwen nu eerder kiezen voor een thuisbevalling omdat ze opzien tegen een langere reis met weeën of omdat zij niet naar een groot en onbekend ziekenhuis willen gaan.

Voor vrouwen die verder dan 45 minuten aanrijdtijd van een ziekenhuis wonen hadden zorgverzekeraars afgesproken dat zij een poliklinische bevalling volledig vergoeden. Een ervaren knelpunt hierbij bleek dat zwangeren binnen het afgesproken postcodegebied wel een eigen bijdrage moesten betalen, ook als de gynaecoloog of verloskundige op grond van de (woon)omstandigheden een bevalling in de eerste lijn wel, maar een thuisbevalling niet verantwoord achtten. Dit dilemma kwam door de toegenomen afstanden vaker voor.

Overigens leidde de grotere afstand soms wel tot een dilemma, zoals bleek uit het verhaal van een vader die zijn eerste kind kreeg in een ziekenhuis waar de verloskundeafdeling gesloten was kort voor zijn tweede kind werd geboren.

Bij de geboorte van mijn zoon had mijn vrouw veel bloed verloren en kwam zij op de intensive care te liggen. Daarom zei de gynaecoloog dat zij bij een volgende zwangerschap zeker in het ziekenhuis moest bevallen. Ze kreeg echter geen tweedelijns indicatie, maar mocht poliklinisch bevallen en voor alle controles volledig in de eerste lijn blijven. Toen bij de tweede de weeën waren begonnen, kwam de verloskundige eerst thuis kijken. Zij zei dat mijn vrouw al 7 cm ontsluiting had en dat het niet verantwoord was nog op weg te gaan. Ze zou wel een ambulance bellen die dan voor het huis klaar zou staan als zij weer erg zou gaan bloeden. Toen raakte mijn vrouw helemaal in paniek en weigerde thuis te bevallen. We zijn in mijn auto gesprongen en met 170 km per uur naar het ziekenhuis gescheurd.

De verloskundeafdelingen die zijn gesloten waren in alle gevallen kleinschalig. De eerstelijns verloskundige bleef bij een klinische bevalling vaak aanwezig en had een eigen rol in de begeleiding. In de nieuwe setting werkten klinisch verloskundigen en soms ook arts-assistenten en waren er voor de zwangere veel gezichten tijdens de bevalling. Twee ziekenhuizen probeerden enige kleinschaligheid terug te brengen

door aan iedere bevallende vrouw een vast team van arts-assistent, klinisch verloskunde en O&G-verpleegkundige toe te wijzen. Door de drukte op de verlosafdeling was het echter niet altijd mogelijk om deze toewijzing te handhaven en namen anderen een deel van de zorg waar als de zorgverleners van het toegewezen team op een andere verloskamer bezig waren.

4.7.3

Veranderingen voor zorgverleners vragen aanpassing

Eerstelijns verloskundigen die voorheen de poliklinische bevallingen in hun eigen plaats begeleidden, zijn na een sluiting aangewezen op andere (soms meerdere) ziekenhuizen op grotere afstand. Vaak moeten zij daarvoor dan uit hun praktijkgebied. Hierdoor gaan zij bij een overdracht naar de tweedelijns tijdens de bevalling minder vaak dan voorheen – en minder vaak dan zichzelf en de barendende vrouw wenselijk vonden – mee naar het ziekenhuis. Eén verloskundige benoemde dit als “Het voelt niet prettig om niet bij een medische partus te kunnen zijn omdat je op een andere plek vastzit”.

Door de vergrote afstanden blijven zij bij (poliklinische) eerstelijns bevallingen vroeger en daardoor langer bij de barendende vrouw en zijn zij minder beschikbaar als zich een tweede bevalling aandient. Praktijken die dit betrof hadden extra capaciteit georganiseerd als achterwacht, waarvoor meestal een financiële vergoeding door de zorgverzekeraar werd verleend. Meerdere praktijken gaven aan dat de continuïteit van deze toeslag niet gegarandeerd was en afhing van een evaluatie die nog niet had plaatsgevonden.

Ook het contact tussen eerstelijns verloskundigen en gynaecologen was veranderd. Voor de sluiting waren verloskundigen gewend direct met de gynaecoloog overleggen en hadden zij ook bij een klinische bevalling vaak een eigen rol in de begeleiding. Na de sluiting verliepen de contacten met de gynaecoloog zowel bij een vraag tijdens de zwangerschap als bij verwijzing tijdens de bevalling veelal via de klinisch verloskundige of arts-assistent. Ook zij moeten wennen zijn de vele gezichten tijdens de bevalling van wie soms niet duidelijk was welke functie (klinisch verloskundige, assistent, verpleegkundige) zij hadden. In één regio werkte een vaardigheidstraining voor eerstelijns verloskundigen voor het inbrengen van infusen als een goed middel om elkaar beter te leren kennen, naast het verwerven van een noodzakelijke vaardigheid bij acute problemen ver van het ziekenhuis.

In drie regio's waren de maatschappen gynaecologie al langere tijd voor de sluiting gefuseerd en hadden hun werkwijze op elkaar afgestemd. In vier regio's was de concentratie aanleiding tot het samengaan van de gynaecologen maatschappen. In twee regio's verliep dit met grote onderlinge problemen en leidde het tot het vertrek van (een deel van) de gynaecologen uit de oorspronkelijke maatschappen. Na het samengaan werden taken opnieuw verdeeld. In alle regio's waar de verlosafdelingen waren gesloten, bleven de gynaecologen wel spreekuur houden voor zwangeren of voor de nacontrole. In twee regio's werd hierbij het specialistische aanbod uitgebreid met meer gespecialiseerde zorg waaronder prenatale diagnostiek. In een andere regio waren de gynaecologen uit het kleine ziekenhuis gestart zich te bekwamen in een eigen deelspecialistisch aandachtsgebied, zoals dat voor de gynaecologen in het grote ziekenhuis al gebruikelijk was.

Klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen van de sluitende afdeling kregen andere taken of konden worden aangesteld in de openblijvende afdeling. In twee regio's was de overgang binnen de ziekenhuizen onvoldoende voorbereid en leidde het ook onder deze medewerkers tot een groot verloop. In andere regio's werd de overgang beter voorbereid. Hierbij werden meerdere strategieën ingezet, waaronder het gelijk trekken van protocollen, een kennismakingsavond, een studiemiddag en/of uitwisseling van medewerkers voorafgaand aan de sluiting. De wijze waarop

verloskundigen en verpleegkundigen werden ingewerkt in het voor hen nieuwe ziekenhuis varieerde van een dagje meelopen tot vier weken boventallige inroostering met een gestructureerd inwerkprogramma. In alle ziekenhuizen kostte het veel tijd om cultuurverschillen te overbruggen. In tenminste twee regio's werd na een moeilijke periode vastgelegd dat, zolang er nog verschillende protocollen waren, die uit het overblijvende ziekenhuis leidend waren, terwijl die uit het gesloten ziekenhuis niet meer gevolgd mochten worden.

Op 1 januari 2014 waren er in alle ziekenhuizen voldoende gynaecologen, klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen om 7x24 uurs zorg te waarborgen.

4.7.4 *Problemen met bereikbaarheid niet structureel gemonitord*

In alle regio's waren er voorafgaand aan de sluiting grote zorgen over de bereikbaarheid waarbij naast de afstand vooral de verkeerssituatie en files zorgen baarden. In meerdere regio's was de hoop gevestigd op wegaanpassingen zoals verbreding van A12, A58 of openstelling van de 'centrale as' in Friesland. In twee regio's werd een extra ambulancepost geopend in een derde regio was voor langere ritten buiten de parate hoek een dynamisch inzetbare extra ambulance beschikbaar. Na een jaar wordt dit geëvalueerd en besloten of handhaving hiervan nodig is. In de vijf regio's waar de sluiting al was geëffectueerd bleek de sluiting bij acuut vervoer per ambulance niet te leiden tot extra overschrijding van de aanrijdtijden. Waar een enkele maal wel overschrijding van de 45 minuten plaatsvond, werd dit veroorzaakt door een langere behandeltijd ter plaatse dan de hiervoor geraamde vijf minuten. Of dat ook gold voor de reistijd van ouders en de begeleidende eerstelijns verloskundigen was niet bekend. Er waren wel zorgen over 'snelweg baby's' maar of deze problemen zich voordeden was niet te beoordelen want dit werd nergens geregistreerd.

4.7.5 *Concentratie aanleiding tot geïntegreerde zorg*

Op één regio na waren in alle ziekenhuizen voorzieningen nodig om het extra aantal bevallingen op te vangen. Dit varieerde van het in gebruik nemen van een verblijfsruimte voor een verloskundige die van ver kwam, het inrichten van een extra weeënkamer, een triagekamer of observatorium, het bouwen van een aantal extra verloskamers tot de bouw van een volledige nieuwe verlosafdeling. In drie ziekenhuizen hadden de extra voorzieningen een tijdelijk karakter tot de noodzakelijk geachte nieuwbouw gerealiseerd kon worden. In één regio signaleerden eerstelijns verloskundigen een probleem met de bereikbaarheid van de telefoons en piepers op de tijdelijke verloskamers. Dit is direct aangepakt.

In één ziekenhuis moest in afwachting van de nieuwbouw het aantal geplande inleidingen en keizersneden aan een maximum worden gebonden tot de capaciteit voldoende was. In de twee regio's met een voorgenomen sluiting wachtte de uitvoering hiervan op de realisatie van de geplande nieuwbouw.

In alle regio's bood de (geplande) nieuwbouw een goede aanleiding om de zorg werkelijk rond moeder en kind te organiseren en tot meer integratie te komen van het gehele verloskundige netwerk. Hierbij konden eerstelijns verloskamers worden getransformeerd tot een tweedelijns verloskamer, waren er kraamsuites waar ouders en kind na de bevalling samen konden verblijven en/of moeder-en-kindkamers waar hetzij een zieke pasgeborene bij de moeder op de kraamafdeling of de moeder bij haar kind op de kinderafdeling kon blijven.

5 Summary

In early 2010, the *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte* (Pregnancy and Birth Steering Committee; SZG) issued the advisory report *Een goed begin* ('A good start') which considers the safety of perinatal care in the Netherlands. The report reveals considerable room for improvement in both the organization of perinatal care and cooperation between the various care providers involved. In August 2011, the Health Care Inspectorate therefore instigated a large-scale study to examine the manner in which those care providers had implemented the recommendations of the report.

The Inspectorate's findings are presented in a series of reports, each relating to one of the seven part-studies of the overall investigation, and are consolidated in a final report. The current document relates to the results of the part-study in which the Inspectorate made a series of two-day visits to nineteen 'Perinatal Care Partnerships (VSVs) now active in regions throughout the Netherlands. Twelve regions were selected at random; the remaining seven were chosen further to a concentration of perinatal care services and the (proposed) closure of hospital obstetrics departments.

The investigation was primarily concerned with the organization of each VSV, cooperation between its partners, the transfer of information and responsibility between professionals, prevention measures, the care provided to vulnerable groups, acute care, and the organization of care services following the closure of a hospital's obstetrics department. Also, interviews were held with the parents of newborn infants to gauge their opinions of the care they had received.

The Inspectorate concludes that the field has set about implementing the recommendations of the SGZ with vigour and enthusiasm. Most regions had acted upon the recommendations with regard to care immediately prior to and following the birth itself, and those relating to improved cooperation. Problems had been anticipated further to the closure of hospital obstetrics departments. In practice, these problems failed to materialize or were of limited impact. The majority of regions had established appropriate conditions whereby care remained fully responsible. However, no region had yet implemented the recommendations of the report in full, and very few can be said to have achieved the ideal of 'seamless and fully integrated care'. The Inspectorate noted shortcomings in the organization of special care for more vulnerable families, as well as inadequate attention for prevention measures such as pre-conception advice and smoking cessation programmes.

Improvements were not fully visible to the parents interviewed. Some were perturbed by the lack of good coordination and felt that too many individual professionals had been involved in their care.

The Inspectorate holds that the measures formulated by the field itself must be implemented in practice, particularly where failure to do so will result in a direct risk to patient safety. It therefore instructed the VSVs which had failed to ensure the continuity of care to take immediate remedial action. In the case of other, less acute shortcomings, the relevant VSVs were given three to six months in which to make the necessary changes. Their response evinces a high degree of willingness to do so. Those regions which were not included in the current study must also pursue the relevant improvement action and the Inspectorate will monitor their progress.

The transition to fully integrated and patient-centric perinatal care entails a major cultural shift. The Inspectorate acknowledges that this can not be achieved overnight. However, the Inspectorate believes that the VSVs can make more effective use of the best practice examples offered by their counterparts in other regions. This report therefore includes a comprehensive account of the various ways in which each VSV has organized its care services.

Literatuurlijst

- 1 Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneesk 2004; 148(38):1855-1860.
- 2 EURO-PERISTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report. Parijs, 2008. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.html>
- 3 Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag, januari 2010.
- 4 <http://www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/641>
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut. IGZ Utrecht, juni 2014.
- 6 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011. IGZ Utrecht, februari 2012.
- 7 Davids W, Kramer AJW. Verkenning risicodetectie eerstelijnszorg, TNO KvL/P&Z, 092- 2009, Leiden, 2009.
- 8 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kraamzorg in ontwikkeling. Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten. IGZ, Den Haag, april 2009.
- 9 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. IGZ, Utrecht, november 2012.
- 10 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's ziekenhuiszorg in avond-, nacht- en weekend moeten beter afgedekt. IGZ, Utrecht, september 2011.
- 11 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verbetering nodig in de samenwerking tussen de kraamzorg en de JGZ voor verantwoorde geboortezorg. IGZ Utrecht, 2010.
- 12 Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. 2008.
- 13 Geneesmiddelenwet artikel 68 http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/geldigheidsdatum_23-04-2014
- 14 NVOG, NVA, KNOV, NVZA. Standard Operating procedure. Stappenplan voor het gebruik van remifentanyl Patient-Controlled-Analgesia (PCA) als methode van pijnstilling op de verloskamers. Utrecht, mei 2014.
- 15 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskunde. Modelovereenkomst ziekenhuis - verloskundige. Utrecht/Bilthoven, 2003.
- 16 College perinatale zorg. Concept checklist voor afspraken in de regio (VSV) – versie 0.1 <http://www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/639>
- 17 Amelink-Verburg MP, de Winter-de Ree CCC, van der Lans SMGA, den Ouden AL. Samenwerken in de verloskundige keten. Evaluatie van risicofactoren in verloskundige calamiteiten. Tijdschr Gezondheidswetenschappen TSG 2012; 90:504-512.
- 18 Martijn L, Jacobs A, Amelink-Verburg MP, Wentzel R, Buitendijk SE, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:219.
- 19 College voor zorgverzekeringen. Verloskundig Vademecum. CVZ, Diemen, 2003. ISBN 90-70918-34-X.

- 20 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>
- 21 Kwaliteitswet zorginstellingen. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/>
- 22 KNMG en andere. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, januari 2010.
- 23 Stichting Perinatale Audit Nederland. A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht, 2011.
- 24 RIVM/Centrum jeugdgezondheid. Standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg. April 2011 Stichting Perinatale Audit Nederland. Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht, 2011.
- 25 NVZ en NVOG. Definities 24/7 acute verloskunde en andere normen voor de ziekenhuizen uit het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Juni 2011. Bijlage bij de brief van minister Schippers aan de NVZ en de NVOG, de dato 9 juni 2011.
- 26 Veldhuizen-Eshuis van H, Wieringa J. Advies stroomlijnen van informatie over preconceptiezorg (RIVM-rapport 225101001/2009). Bilthoven: RIVM; 2009.
- 27 Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag Gezondheidsraad, 2007/19. ISBN 978-90-5549-657-0.
- 28 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. IGZ Utrecht, november 2012.
- 29 Stivoro. Stoppen met roken met hulp van de verloskundige, Handleiding voor verloskundigen, De V-MIS.
- 30 Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (geneeskundige behandelovereenkomst). Den Haag, december 1994. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>
- 31 Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011,1. Den Haag:Centrum voor ethiek en gezondheid , 2011. Publicatienummer Gezondheidsraad:2011/17. ISBN 978-90-78823-00-1.
- 32 Minister Schippers. Kamerbrief 'Reactie briefadvies 'laaggeletterdheid te lijf', 29 februari 2012 (PG/OGZ 3104403).
- 33 Landelijke Huisartsen Vereniging. Toolkit laaggeletterdheid. LHV 2011.
- 34 NVOG. Nota kwalificaties geautoriseerd obstetrische professional acute verloskundige zorg. Utrecht, 2012.
- 35 Minister Schippers. Kamerbrief 'Reactie rapporten acute zorg en verloskunde', 1 maart 2012 (CZ CZ/TSZ-3106339).
- 36 NVA en andere. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer. Utrecht, 2009 en 2012.
- 37 NVOG. Nota kwalificaties geautoriseerd professional acute verloskundige zorg. Utrecht, 2012.

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

BIG (Wet)	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CB	consultatiebureau voor zuigelingen
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
CPZ	College Perinatale Zorg
EPD	elektronisch patiëntendossier
GOP	geautoriseerd obstetrisch professional
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LNR	Landelijke Neonatologie Registratie
LVR	Landelijke Verloskunde Registratie
MBO	microbloedonderzoek bij de foetus
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
O&G	obstetrie en gynaecologie
O&N	obstetrie en neonatologie
OK	operatie kamer (complex)
PAN	Perinatale Audit Nederland
PCA	preconceptie-advisering
POPpoli	Psychiatrie, obstetrie en pediatrie-spreekuur
PRN	Perinatale Registratie Nederland
RAV	regionale ambulancevoorziening
ROAZ	Regulier overleg acute zorg
SBAR	situation, background, assessment, recommendation
SES	Sociaal economische status
STAN	ST-analyse, geautomatiseerde ECG-bewaking van de foetus
SZG	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
VIL	Verloskundige indicatielijst
VIP	vervroegde inzet partusassistentie
V-mis	minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de verloskundigenpraktijk
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 2 Overzicht van gerealiseerde verbeteringen in de bezochte VSV's

Percentage VSV's dat voldoet aan norm of aanbeveling SZG-advies	bij inspectiebezoek	na verbeteracties
Organisatie VSV		
Geformaliseerd VSV	84	95
Bestuurlijke verantwoordelijkheid VSV	79	95
Samenstelling	37	84
Visie en doelstelling VSV	84	95
Samenwerking in de praktijk		
Samenwerking binnen en tussen disciplines	79	79
Toelatingsovereenkomst	95	100
Landelijke protocollen vertalen en Implementeren	84	100
Bespreken individuele zwangeren	21	63
Casemanager	0	0
Zorg/bevalplan	0	0
Overdracht, registratie en evaluatie		
Overdracht	79	100
Dossiervoering	68	95
Deelname PRN	89	95
Deelname PAN	100	100
Evaluatie van zorggegevens	26	100
Preventie en beleid kwetsbare zwangeren		
Voorlichting aan de zwangere	37	84
Leefstijl en stoppen met rokenadvisering	5	74
Beleid bij taal en cultuurverschillen	0	0
Beleid bij laaggeletterdheid	0	0
Beleid bij psychosociale problemen	53	79
Beleid ten aanzien van huisbezoek	0	0

Randvoorwaarden voor veilig bevallen		
Protocol parallelle acties	74	100
Begeleiding tijdens de bevalling	74	100
Bevoegdheid en bekwaamheid per discipline	79	100
Taakafbakening in multidisciplinair verband	89	100
Bewaking bij de bevalling	84	100
Foetale monitoring tijdens de bevalling	84	100
Medische bezetting	58	100

Bijlage 3 Overzicht bezochte VSV's

Verloskundig Samenwerkingsverband in de regio

Den Haag (MC Haaglanden)	16, 17 oktober 2012
Sneek	7, 8 november 2012
Heerenveen	7, 8 november 2012
Capelle aan de IJssel	22, 23 november 2012
Assen	29, 30 november 2012
Venlo	6, 7 december 2012
Breda	6, 7 december 2012
Zutphen	12, 13 december 2012
Winterswijk	12, 13 december 2012
Beverwijk	19, 20 december 2012
Hoofddorp	19, 20 december 2012
Tilburg (Elisabeth ziekenhuis)	9,10 januari 2013
Drachten - Dokkum	12, 13 maart 2013 12 juli 2013
Dordrecht - Zwijndrecht	27, 28 maart 2013
Zwolle - Meppel	28, 29 maart 2013 15 juli 2013
Bergen op Zoom - Roosendaal	24, 25 april 2013
Goes - Vlissingen	2, 3 mei 2013
Winschoten - Delfzijl	7, 8 mei 2013
Arnhem - Zevenaar	4, 5 september 2013

Bijlage 4 Bezoekprogramma

Gesprekken met	eerste serie bezoeken	tweede serie bezoeken
Het VSV-bestuur	x	x
Het eerstelijns verloskundig kringbestuur	x	x
Eerstelijns verloskundigen uit de VSV-regio	x	x
Eerstelijns verloskundigen uit de regio met een gesloten verloskundeafdeling		x
de raad van bestuur van het ziekenhuis	x	x
leidinggevend van de verloskundeafdeling	x	x
gynaecologen	x	x
gynaecologen uit het ziekenhuis met een gesloten verloskundeafdeling		x
tweedelijns /klinisch verloskundigen	x	x
tweedelijns /klinisch verloskundigen uit het ziekenhuis met een gesloten verloskundeafdeling		x
arts-assistenten (indien aanwezig)	x	x
O&G-verpleegkundigen	x	x
O&G-verpleegkundigen uit het ziekenhuis met een gesloten verloskundeafdeling		x
kinderartsen	x	x
leidinggevend van kraamzorgorganisaties	x	x
kraamverzorgenden	x	
leidinggevende jeugdgezondheidszorg	x	
CB-arts en wijkverpleegkundige	x	
regionale ambulance voorziening		x
twee ouderparen	x	x

Daarnaast werd informatie verkregen uit:

- observatie van overdrachten en multidisciplinair overleg
- een rondgang door de verloskundeafdeling van het ziekenhuis
- bestudeerde documenten

Bijlage 5 Toetsingskader

Toetsingskader Thematoezichtonderzoek Geboortezorg

Op basis van de normen uit het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (SZG-advies) en andere veldnormen, stelde de inspectie een concept toetsingskader op ten behoeve van de bezoeken aan de VSV-regio's. Het toetsingskader werd voor commentaar toegestuurd aan de besturen van KNOV en NVOG, en in juni 2013 tijdens een invitationale conference met alle betrokken veldpartijen besproken en vervolgens bijgesteld.

Het toetsingskader bevat vier scoringskolommen. Deze geven aan of een VSV-regio op het betreffende onderdeel voldoet aan de norm (= kolom C) of dat een VSV-regio op het betreffende onderdeel niet voldoet aan de norm (= kolom A).

In een aantal gevallen was het VSV al bezig met de realisatie van een bepaalde norm maar was op het moment van het onderzoek op aspecten nog verbetering nodig. Om recht te doen aan het beschrijven van die situatie is in het toetsingskader kolom B opgenomen.

Voor enkele normen geldt dat op het moment van het onderzoek een landelijke implementatie nog niet mogelijk was. Soms voldeed een VSV-regio echter al wel hieraan, waarmee ze dus aan méér dan de norm voldeed. Om recht te doen aan die situatie is in het toetsingskader kolom D opgenomen.

Bestaande (veld)normen en wetgeving gelden voor de inspectie als basis voor haar toezicht en handhaving. De beoordeling van de onderscheiden onderdelen is dan ook gebaseerd op kolom C van het toetsingskader. Het opleggen van maatregelen is gebaseerd op kolom A en B van het toetsingskader.

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Samenwerking						
Geformaliseerd actief VSV	Er is een actief operationeel VSV dat geformaliseerd is, op regelmatige basis bijeenkomt en heldere en bindende afspraken rond samenwerking maakt.	Advies SZG ³ pagina 32 en 63; Checklist CPZ ¹⁵	Er is geen formeel, in een notitie vastgelegd VSV en/of er zijn geen (structurele) bijeenkomsten	Er is een formeel, in een notitie vastgelegd VSV met regelmatige bijeenkomsten, maar er is geen concrete agenda en/of het verzenden van notulen en besluiten van de vergadering naar alle betrokkenen ontbreekt.	Er is een formeel, in een notitie vastgelegd VSV met regelmatige bijeenkomsten, met een concrete agenda. Besluiten en notulen worden actief gecommuniceerd naar alle betrokkenen.	Er is een formeel, in een notitie vastgelegd VSV met regelmatige bijeenkomsten, met een concrete agenda. Besluiten en notulen worden actief gecommuniceerd naar alle betrokkenen. De besluitvormingsprocedure is beschreven .
Samenstelling VSV	Deelname van eerstelijns verloskundigen, VAH*, gynaecologen, tweedelijns verloskundigen*, kinderartsen en kraamzorgorganisaties (* indien aanwezig)	Advies SZG ³ pagina 32 en 63; Checklist CPZ ¹⁵	In het VSV ontbreken één of meer verloskundige disciplines.	Niet alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen nemen deel aan het VSV. En/of niet alle praktijken/ instellingen zijn vertegenwoordigd. En/of in de bijeenkomsten ontbreken regelmatig disciplines. En/of vertegenwoordigers zijn niet gemandateerd.	Alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen nemen deel aan het VSV met gemandateerde vertegenwoordigers. Alle disciplines zijn bij de vergaderingen en in werkgroepen vertegenwoordigd.	Alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen nemen deel aan het VSV met gemandateerde vertegenwoordigers. Alle disciplines zijn bij de vergaderingen en werkgroepen vertegenwoordigd. Anderen worden op indicatie uitgenodigd.
Visie en doelstelling VSV	Het actieve VSV heeft een gezamenlijke visie waarin moeder en kind centraal staan. De visie is uitgewerkt in concrete doelstellingen met tijdpad, prioritering en aanspreekpunt.	Advies SZG ³ pagina 32 en 63; Checklist CPZ ¹⁵	Het VSV heeft geen gezamenlijke missie / visie vastgelegd.	Het VSV heeft een missie / visie vastgelegd maar deze is niet bekend bij (een deel van) de aan het VSV deelnemende disciplines.	Het VSV heeft een missie / visie vastgelegd die bekend is bij alle aan het VSV deelnemende disciplines. Doelen zijn niet concreet benoemd.	Het VSV heeft een missie / visie vastgelegd die bekend is bij alle aan het VSV deelnemende disciplines en voorzien is van concrete doelstellingen met tijdpad, prioritering en aanspreekpunt.

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Bestuurlijke verantwoordelijkheid VSV	Er is een VSV gevormd door gemandateerde professionals. Via een actieve VSV kunnen ook andere gremia worden betrokken bij het optimaliseren van de kwaliteit van zorg.	Advies SZG ³ pagina 32 en 63	Het VSV heeft een monodisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers zijn niet vastgelegd.	Het VSV heeft een multidisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers zijn niet vastgelegd.	Het VSV heeft een multidisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers zijn vastgelegd.	Het VSV heeft een multidisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers zijn vastgelegd. Ook de verantwoordelijkheid en bevoegdheid tov andere bestuurders /gremia is vastgelegd.
Samenwerking binnen en tussen disciplines	Afstemming realiseren en vertrouwen opbouwen en onderhouden tussen lokale en regionale professionals	Advies SZG ³ pagina 32; Risico bij meldingen ¹⁶⁻¹⁷	Er is binnen het VSV geen consensus over het verwijsbeleid.	Er is binnen het VSV consensus over het verwijsbeleid maar in de praktijk levert het problemen op en/of de samenwerking tussen eerste lijn en tweede lijn en/of binnen eerste lijn of binnen tweede lijn verloopt niet optimaal.	Er is binnen het VSV consensus over het verwijsbeleid, eventuele knelpunten zijn bespreekbaar en het beleid wordt in de praktijk ook zo uitgevoerd. In de praktijk bestaat een goede werkrelatie tussen en binnen eerste en tweede lijn. Deelnemers kunnen elkaar aanspreken.	Er is binnen het VSV consensus over het verwijsbeleid, eventuele knelpunten zijn bespreekbaar en het beleid wordt in de praktijk ook zo uitgevoerd. In de praktijk bestaat een goede werkrelatie tussen en binnen eerste en tweede lijn. Deelnemers spreken elkaar aan en de samenwerking wordt regelmatig expliciet geëvalueerd.
Toelatingsovereenkomst	Het ziekenhuis sluit een toelatingsovereenkomst af met de eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die gebruikmaken van verloskundige faciliteiten in het ziekenhuis (Niet bedoeld zijn: 1 ^e lijns professionals die op incidentele basis gebruik maakt van de faciliteiten in uw ziekenhuis, bijvoorbeeld op verzoek van de cliënt, als waarnemer of omdat het ziekenhuis waar de professional normaliter gebruik van maakt vol is).	Modelovereenkomst ziekenhuis – verloskundige. NVZ en KNOV ¹⁴ ; Verloskundig Vademecum ¹⁸	Niet alle verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die gebruik maken van de verloskundige faciliteiten in een ziekenhuis hebben – individueel - een schriftelijk vastgelegde toelatingsovereenkomst met het betreffende ziekenhuis.		Alle verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die gebruik maken van de verloskundige faciliteiten in een ziekenhuis hebben – individueel - een schriftelijk vastgelegde toelatingsovereenkomst met het betreffende ziekenhuis.	

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Bevoegdheid en bekwaamheid per discipline	De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg.	Wet BIG ¹⁹ art 40; Kwaliteitswet Zorginstellingen ²⁰ art 3; Checklist CPZ ¹⁵	-Professionals in opleiding treden zelfstandig op zonder dat bekwaamheid expliciet is getoetst. En - Er is geen inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers. En/of - Er is geen structurele bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid.	- professionals in opleiding treden pas zelfstandig op nadat bekwaamheid is getoetst , dit is echter niet vastgelegd in een portfolio. En/of - er is geen structureel inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers. En/of - er is bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid, maar dit wordt niet geregistreerd en er wordt niet bewaakt wie welke training heeft gevolgd.	- professionals in opleiding treden pas zelfstandig op nadat bekwaamheid is getoetst , dit is vastgelegd in een portfolio. - er is een adequaat inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers - er is structurele bijscholing voor het onderhouden van de bekwaamheid en er wordt geregistreerd en bewaakt wie welke training heeft gevolgd.	- professionals in opleiding treden pas zelfstandig op nadat bekwaamheid is getoetst , dit is vastgelegd in een portfolio. - een adequaat inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en waarnemers - structurele bijscholing, geregistreerd en bewaakt wie welke training heeft gevolgd. - structureel gezamenlijke multidisciplinaire trainingen (eerste en tweede lijn).
Taakafbakening in multidisciplinair verband	De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg.	Wet BIG ¹⁹ art 40; Kwaliteitswet zorginstellingen ²⁰ art. 3; Handreiking verantwoordelijkheid stoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG) ²¹ ;	Binnen het ziekenhuis zijn geen of onduidelijke afspraken over taakafbakening van de verschillende disciplines en het inroepen van extra deskundigheid.	Binnen het ziekenhuis zijn duidelijke afspraken over taakafbakening van de verschillende disciplines en het inroepen van extra deskundigheid, maar deze zijn niet vastgelegd of zij functioneren in de praktijk niet 24 uur per dag.	Binnen het ziekenhuis zijn duidelijke, vastgelegde afspraken over taakafbakening van de verschillende disciplines en het inroepen van extra deskundigheid en deze verlopen in de praktijk 24 uur per dag goed.	Binnen het ziekenhuis/ VSV zijn duidelijke afspraken over taakafbakening van de verschillende disciplines en het inroepen van extra deskundigheid en deze verlopen in de praktijk 24 uur per dag goed en de afspraken worden regelmatig geëvalueerd.
Landelijke protocollen vertalen en implementeren	Regionaal implementeren en lokaal uitvoeren van landelijk vastgestelde multidisciplinaire protocollen en kaders.	Advies SZG ³ pagina 32; Stichting PAN, perinatale audit:eerste verkenningen ²²	Er zijn in het VSV geen lokale protocollen die gezamenlijk zijn onderschreven.	Er zijn in het VSV lokale protocollen aanwezig, maar in de praktijk worden deze niet door alle disciplines gevolgd/ geïmplementeerd.	Er zijn in het VSV lokale protocollen die monodisciplinair zijn opgesteld maar ook door de andere disciplines worden onderschreven, en in de praktijk ook door alle disciplines worden gevolgd / geïmplementeerd.	Er zijn in het VSV lokale protocollen die multidisciplinair zijn opgesteld, door alle betreffende disciplines worden onderschreven en in de praktijk ook door alle disciplines worden gevolgd / geïmplementeerd.

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Bespreken individuele zwangeren	Binnen het VSV zijn afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie over iedere zwangere.	Advies SZG ³ pagina 32 en 44	Het VSV heeft geen afspraken gemaakt over hoe en welke zwangeren structureel besproken worden en heeft geen plannen daartoe in ontwikkeling. Zwangeren worden alleen op indicatie besproken.	Het VSV heeft afspraken gemaakt over hoe en welke zwangeren structureel besproken worden, maar deze afspraken zijn (nog) niet geïmplementeerd en/of alleen de zwangeren uit één echelon worden besproken.	Binnen het VSV zijn afspraken over hoe en welke zwangeren structureel besproken worden. Het bespreken van zwangeren vindt structureel plaats, zowel uit het eerste als uit het tweede echelon.	Binnen het VSV zijn afspraken dat iedere zwangere structureel besproken wordt. Het bespreken van alle zwangeren vindt structureel plaats.
<i>Regiearts of casemanagerh</i>	<i>In elke fase van de zwangerschap is duidelijk wie (eind) verantwoordelijk is voor de zorgverlening aan de zwangere en het aanspreekpunt is voor cliënt en andere zorgverleners. Deze 'casemanager' is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle benodigde zorg, inclusief de overdrachtsmomenten (in de niet-acute en acute situatie) en voor evaluatie over het totale verloop en de verleende zorg rond zwangerschap en geboorte.</i>	<i>Handreiking verantwoordelijkheid stoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG)¹²; Advies SZG³ pagina 43, 46, 55; Checklist CPZ¹⁵</i>	<i>Noch eerste, noch tweede lijn heeft een beleid over casemanagement en er zijn geen plannen daartoe in ontwikkeling.</i>	<i>Eerste of tweede lijn hebben geen beleid voor casemanagement of de afspraken van de verschillende disciplines sluiten niet op elkaar aan</i>	<i>In VSV-verband zijn afspraken gemaakt hoe het casemanagement wordt vormgegeven en ingevuld. Deze afspraken functioneren in de praktijk en sluiten bij de verschillende disciplines op elkaar aan.</i>	<i>In VSV-verband zijn afspraken gemaakt hoe het casemanagement wordt vormgegeven en ingevuld. Deze afspraken functioneren in de praktijk en sluiten bij de verschillende disciplines op elkaar aan. Iedere zwangere heeft (in principe) een casemanager.</i>
<i>Geboorteplan/zorgpad^h</i>	<i>Elke zwangere krijgt een individueel geboorteplan waarin het zorgpad is opgenomen, incl. ijkmomenten en wensen van de zwangere. De casemanager beheert samen met de zwangere het plan en zorgt dat alle relevante medische en sociale informatie in het geboorteplan staat</i>	<i>Advies SZG³ pagina 43, 44, 46; Checklist CPZ¹⁵</i>	<i>In de eerste en in de tweede lijn is geen beleid voor het opstellen van een zorgpad-plan</i>	<i>In de eerste of in de tweede lijn is geen beleid voor het opstellen van een zorgpad-plan</i>	<i>Het VSV heeft een gezamenlijk beleid voor het opstellen van een zorgpad-plan voor specifieke groepen.</i>	<i>Het VSV heeft een gezamenlijk beleid voor het opstellen van een zorgpad-plan. Elke zwangere heeft een individueel zorgpad-plan.</i>

^h Dit onderdeel is wel uitgevraagd, maar kon niet worden beoordeeld.

Onderdeel	criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Gegevensoverdracht en evaluatie						
Overdracht tussen professionals (binnen en tussen de disciplines)	Voor continuïteit van zorg (in acute en niet-acute situaties) moet bij overdracht tussen verschillende professionals duidelijk zijn: a) welke informatie minimaal noodzakelijk is voor een adequate overdracht; b) welke professional op welk moment aan wie gegevens dient over te dragen.	Advies SZG ³ pagina 65, Wet BIG ¹⁹ art 40; Kwaliteitswet Zorginstellingen ²⁰	De overdrachten tussen de disciplines en de overdrachten binnen een discipline verlopen niet gestructureerd en de noodzakelijke gegevens en afspraken over het beleid worden (regelmatig) niet overgedragen.	De overdrachten tussen de disciplines of de overdrachten binnen een discipline verlopen niet gestructureerd waardoor de overdracht van noodzakelijke gegevens en afspraken over het beleid niet geborgd is.	De overdrachten tussen de disciplines en de overdrachten binnen een discipline verlopen gestructureerd op zodanige wijze dat overdracht van noodzakelijke gegevens en afspraken over het beleid geborgd is.	
Dossiervoering	Door zowel medische gegevens als afspraken in het patiëntendossier op te nemen, kunnen overdrachtsituaties veiliger worden gemaakt. Een cliëntvolgend perinataal webbased dossier (PWD) is van belang voor de samenwerking tussen betrokken professionals vanwege overdracht (verwijsinformatie), het toepassen van de juiste interventies, de evaluatie van zorg én een eventuele volgende zwangerschap	Advies SZG ³ pagina 31, 65; Wet BIG ¹⁹ art 40; Kwaliteitswet zorginstellingen ²⁰ artikel 4	Er is (bij één of meerdere disciplines) geen patiëntendossier.	Het patiëntendossier bestaat bij één of meerdere disciplines uit een onoverzichtelijk samenstel van papieren en elektronische gegevens en/of het beleid is niet in het dossier vermeld en/of na overdracht van de zorg is de relevante informatie van de voorgaande zorgverlener(s) niet opgenomen	Alle disciplines hebben een overzichtelijk patiëntendossier waarin zowel medische en verpleegkundige gegevens als afspraken over het beleid zijn vastgelegd en waarin bij overdracht van de zorg de relevante informatie van de voorgaande zorgverlener(s) is opgenomen.	Er is een cliëntvolgend perinataal dossier waarin zowel medische gegevens als afspraken over het beleid zijn vastgelegd.

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Gegevens bij ontslag of einde kraambedi	Bij ontslag uit ziekenhuis of bij afsluiting van het kraambed moet duidelijk zijn: a) welke informatie minimaal noodzakelijk is voor een adequate overdracht; b) op welke manier huisarts, verloskundige, kraamzorgorganisatie en JGZ door het ziekenhuis worden geïnformeerd als de zorg na de bevalling aan de eerste lijn wordt overgedragen; c) op welke manier de huisarts en de JGZ worden geïnformeerd als het kraambed wordt afgesloten.	Advies SZG ³ pagina 65; Wet BIG ¹⁹ art 40; Kwaliteitswet zorginstellingen ²⁰ artikel 2; Standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de JGZ ²³	Er is geen schriftelijke overdracht bij ontslag of afsluiting kraambed en/of er is geen overdracht van kindgegevens naar de JGZ	Er is een schriftelijke overdracht bij ontslag of afsluiting kraambed. Er is een overdracht van kindgegevens naar de JGZ. Overdracht naar huisarts of JGZ verloopt niet altijd gestructureerd, tijdig en volledig.	Er is een schriftelijke overdracht bij ontslag of afsluiting kraambed en er is een overdracht van kindgegevens naar de JGZ. Overdracht naar huisarts of JGZ zijn gestructureerd, tijdig en volledig, en in overeenstemming met de norm.	
Deelname PRN	Alle zorgverleners (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen) nemen deel aan de PRN, registratie is compleet (aantal en inhoud).	Advies SZG ³ pagina 63, 66, 67 en 73; Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴	Binnen het VSV nemen niet alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg deel aan de registratie.	Binnen het VSV nemen alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg deel aan de registratie maar de dekking is niet 100% van de zorggevallen.	Binnen het VSV nemen alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg deel aan de registratie. De dekking is 100% van de zorggevallen.	Binnen het VSV nemen alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg deel aan de registratie. De dekking is 100% van de zorggevallen. De zorg wordt geregistreerd in de nieuwe PRN dataset.
Deelname PAN	Alle zorgverleners (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen) nemen deel aan de Perinatale Audit Nederland.	Advies SZG ³ pagina 67; Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴	Er is binnen het VSV geen structurele multidisciplinaire auditbespreking volgens de systematiek van de Perinatale Audit Nederland.	Er zijn binnen het VSV structurele multidisciplinaire auditbesprekingen volgens de systematiek van de Perinatale Audit Nederland, maar niet alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg nemen daar aan deel en/of de aanbevelingen worden niet belegd.	Er zijn binnen het VSV structurele multidisciplinaire auditbesprekingen volgens de systematiek van de PAN, alle disciplines die betrokken zijn bij de perinatale zorg nemen daar aan deel. De aanbevelingen worden belegd in het VSV of bij de betrokken discipline(s).	

i Dit onderdeel is wel uitgevraagd, maar wordt in een ander deelonderzoek beoordeeld.

Onderdeel	criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Evaluatie van zorggegevens	De professionals moeten de geregistreerde informatie gebruiken om te reflecteren op hun eigen handelen en het gevoerde perinatale beleid en hun zorg zo nodig aan te passen.	Advies SZG ³ pagina 67	Er vindt geen periodieke, tenminste jaarlijkse, evaluatie van de geboden geboortezorg plaats op basis van relevante gegevens (zoals overzicht parallelle acties, PAN, PRN en VOKS rapportages).	Er vindt binnen de eerste lijn en/of binnen de tweede lijn een periodieke, tenminste jaarlijkse, evaluatie van de geboden geboortezorg plaats op basis van relevante gegevens (zoals overzicht parallelle acties, PAN, PRN en VOKS rapportages). Deze evaluatie is beperkt tot de eigen discipline en wordt niet met de samenwerkingspartners gedeeld.	Binnen het VSV vindt een periodieke, tenminste jaarlijkse, evaluatie van de geboden geboortezorg plaats op basis van relevante gegevens (zoals overzicht parallelle acties, PAN, PRN en VOKS rapportages). Indien nodig leidt dit tot aanpassing van beleid.	Binnen het VSV vindt een periodieke, tenminste jaarlijkse, evaluatie van de geboden geboortezorg plaats op basis van relevante gegevens zoals overzicht parallelle acties, PAN, PRN en VOKS rapportages. Indien nodig leidt dit tot aanpassing van beleid. Deze verbeter maatregelen zijn SMART geformuleerd en de invoering in de diverse disciplines wordt in het VSV actief gevolgd.
Tijdige signalering						
<i>Individuele preconceptieadviesering^h</i>	<i>Vanaf het moment dat een vrouw een kinderwens heeft, is het belangrijk om vroegtijdig de condities voor haar zwangerschap te optimaliseren. Dit betreft het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de aanstaande moeder en haar kind die, willen zij effectief zijn, bij voorkeur vóór de conceptie moeten worden genomen</i>	<i>Advies SZG³ pagina 36-40; RIVM²⁵; Gezondheidsraad²⁶</i>	<i>Eerste en tweede lijn bieden in de regio geen preconceptieadvies aan</i>	<i>Er vindt binnen de eerste lijn en/of binnen de tweede lijn preconceptieadviesering plaats op indicatie of op verzoek, Maar hiervoor zijn niet voldoende geschoolde zorgverleners beschikbaar of er is geen VSV-breed beleid of dit beleid bevat geen afspraken over verwijzing.</i>	<i>Er is een VSV-breed eenduidig beleid voor (inhoud en uitvoering van) het individuele algemene preconceptieadviesering, inclusief beleid voor het bereiken van de doelgroep. Er zijn afspraken over verwijzing naar een individueel specialistisch preconceptieconsult in geval van specifieke risicofactoren. Voor beide consulten zijn voldoende geschoolde zorgverleners beschikbaar.</i>	<i>Er is een VSV-breed eenduidig beleid voor (inhoud en uitvoering van) het individuele algemene preconceptieadviesering, inclusief beleid voor het bereiken van de doelgroep. Er zijn afspraken over verwijzing naar een individueel specialistisch preconceptieconsult in geval van specifieke risicofactoren. Voor beide consulten zijn voldoende geschoolde zorgverleners beschikbaar. Er is een herkenbaar, laag-drempelig loket voor advisering van vrouw en partner bij kinderwens.</i>

Onderdeel	criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Leefstijl en stoppen met rokenadvisering	Zorgverleners in de eerste en tweede lijn besteden structureel aandacht aan stoppen met rokenbegeleiding bij rokende zwangeren	Staat van de Gezondheidszorg 2012 ²⁷ , V-MIS ²⁸ , Advies SZG ³ pagina 41	Er is geen beleid voor stoppen met rokenbegeleiding in eerste en/of in de tweede lijn	Er is een beleid voor stoppen met rokenbegeleiding in eerste en tweede lijn maar het beleid eerste en tweede lijn sluiten niet op elkaar aan en/of het beleid wordt niet door allen in praktijk gebracht.	Er is een beleid voor stoppen met roken begeleiding in eerste en tweede lijn, inclusief overdracht aan de JGZ. Dit beleid is binnen het VSV afgestemd en wordt door allen in de praktijk gebracht.	Zowel eerste als tweede lijn en kraamzorg hebben een stoppen met roken beleid op basis van bijvoorbeeld V-MIS. Rookgedrag en ingezet beleid worden geregistreerd. Het beleid wordt geëvalueerd.
Voorlichting aan de zwangere	Goed voorbereide zwangere door eenduidige (prenatale) voorlichting over (o.a.): Verloop zwangerschap, leefstijl, screening, risico's, scenario's bevalling, locatie van bevallen, kraamzorg, borstvoeding	Advies SZG ³ pagina 28-29	Er is geen voorlichting aan zwangeren in eerste en/of tweede lijn.	Er is in het VSV geen afstemming over de inhoud van de (prenatale) voorlichting aan zwangeren en/of de voorlichting in de verschillende echelons is niet eenduidig.	Er is in het VSV afstemming over de inhoud van de (prenatale) voorlichting aan zwangeren en de voorlichting in de verschillende echelons is eenduidig.	Er is in het VSV afstemming over de inhoud van de (prenatale) voorlichting aan zwangeren, de voorlichting is eenduidig en er wordt gezamenlijke voorlichting gegeven.
Beleid bij taal- en cultuurverschillen ^h	<i>Cruciaal voor het verbeteren van de zorg aan vrouwen in achterstandsituaties en 'nieuwe Nederlanders', is het dichten van de informatiekloof en 'zorg op maat'</i>	Advies SZG ³ pagina 56-57; Staat van de Gezondheidszorg 2012 ²⁷	<i>De betrokken disciplines hebben geen beleid gericht op vrouwen met taal- en cultuurverschillen. De zorgverlening wordt niet aangepast aan taal- en cultuurverschillen.</i>	<i>De betrokken disciplines hebben geen beleid gericht op vrouwen met taal- en cultuurverschillen. Professionals besteden in de praktijk wel aandacht aan taal- en cultuurverschillen.</i>	<i>Zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn als bij de kraamzorg en de JGZ is beleid gericht op vrouwen met taal- en cultuurverschillen.</i>	<i>Er is VSV-beleid gericht op vrouwen met taal- en cultuurverschillen, er wordt getoetst of hen dat daadwerkelijk bereikt. Voorlichtingsmateriaal is hierop aangepast.</i>
Beleid laaggeletterden ^h	<i>Het VSV/ de betrokken professional besteedt aandacht aan het herkennen van laaggeletterde zwangeren en past voor de laaggeletterde zwangere de werkwijze en de communicatiemiddelen aantoonbaar aan.</i>	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst ²⁹ ; Gezondheidsraad Laaggeletterdheid te lijf ³⁰ ; Reactie van de minister op dit rapport ³¹ ; Toolkit LHV ³² ; Advies SZG ³ pagina 56-57	<i>De betrokken disciplines hebben geen beleid gericht op laaggeletterden. In de praktijk wordt laaggeletterdheid niet herkend.</i>	<i>De betrokken disciplines hebben geen beleid gericht op laaggeletterden. Professionals besteden in de praktijk wel aandacht aan het herkennen van laaggeletterde zwangeren.</i>	<i>Zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn als bij de kraamzorg en de JGZ is beleid gericht op laaggeletterden. Professionals besteden in de praktijk aandacht aan het herkennen van laaggeletterde zwangeren en passen voor de laaggeletterde zwangere de werkwijze aan.</i>	<i>Er is VSV-beleid gericht op laaggeletterden. Professionals besteden in de praktijk aandacht aan het herkennen van laaggeletterde zwangeren en passen voor de laaggeletterde zwangere de werkwijze aan. Voorlichtingsmateriaal en bewegwijzering zijn hierop aangepast.</i>

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Beleid bij psychosociale problemen	Het VSV heeft beleid geformuleerd voor hoe zij omgaan met vrouwen met psychosociale problemen. Aanwezigheid multidisciplinair team van gynaecoloog, kinderarts, psycholoog, maatschappelijk werkende en psychiater (POP poli)	Advies SZG ³ pagina 55 - 58	Binnen het VSV is geen beleid voor zwangeren/ kraamvrouwen met psychosociale problemen en de vroege inzet van JGZ indien nodig.	Eerste en tweede lijn, kraamzorg en JGZ hebben beleid voor zwangeren/ kraamvrouwen met psychosociale problemen maar de samenhang ontbreekt.	Het VSV heeft een samenhangend beleid van 0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn en kraamzorg voor zwangeren/ kraamvrouwen met psychosociale problemen. Dit werkt in de praktijk goed.	Het VSV heeft een samenhangend beleid van 0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn en kraamzorg voor zwangeren/kraamvrouwen met psychosociale problemen. Dit werkt in de praktijk goed. Er is een regelmatige evaluatie en waar nodig worden afspraken bijgesteld.
Huisbezoek ^h	<i>Bij elke zwangere is een huisbezoek verricht dat inzicht geeft in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. Dit betreft de medische en (psycho)sociale risico's voor moeder en kind in de laatste fase van de zwangerschap, tijdens de bevalling en de kraamperiode. Dit huisbezoek wordt altijd vóór de 34e week afgelegd.</i>	<i>Advies SZG³ pagina 44</i>	<i>Geen enkele discipline binnen het VSV heeft een beleid voor tijdstip, doel, inhoud en verantwoorde lijke voor het huisbezoek.</i>	<i>Eerste lijn, kraamzorg en JGZ hebben ieder een eigen doelstelling en beleid voor het afleggen van een huisbezoek, maar deze zijn niet met elkaar afgestemd waardoor de samenhang ontbreekt. De verschillende disciplines communiceren niet met elkaar over de resultaten van een huisbezoek.</i>	<i>Het VSV heeft een samenhangend beleid geformuleerd over doel en organisatie van het huisbezoek en over de wijze waarop de relevante gegevens van het huisbezoek met alle betrokken professionals worden gedeeld.</i>	<i>Het VSV heeft een samenhangend beleid geformuleerd over doel en organisatie van het huisbezoek en over de wijze waarop de relevante gegevens van het huisbezoek met alle betrokken professionals worden gedeeld. Iedere zwangere krijgt voor de 34^e week een huisbezoek.</i>

Onderdeel	criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
zorg in acute situaties						
Protocol parallele acties	Bij een acute levensbedreigende situatie moeten duidelijke afspraken zijn vastgelegd over taken en verantwoordelijkheden, in VSV-verband en met de regionale ambulancedienst. Ook in de overdracht binnen het ziekenhuis moet onnodig tijdverlies worden vermeden.	Advies SZG ³ pagina 48, 49; Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴ ; NVOG-nota Kwalificaties geautoriseerd obstetrisch professional ³³	Er is geen protocol voor overdracht eerste- naar tweedelij in geval van een acute levensbedreigende situatie en er zijn geen vastgelegde afspraken voor 'parallele actie' in geval een acute levensbedreigende situatie binnen de tweedelij ontstaat.	Er is een protocol voor overdracht eerste- naar tweedelij in geval van een acute levensbedreigende situatie, maar dit functioneert niet (altijd) in de praktijk. En/of Afspraken met de ambulancedienst ontbreken. En/of In geval van een acute levensbedreigende situatie binnen de tweedelij zijn er geen sluitende afspraken vastgelegd voor wie de bevoegdheid heeft OKteam en kinderarts in huis te roepen als een 'parallele actie' binnen de tweedelij geïndiceerd is.	Er is een protocol voor overdracht eerste- naar tweedelij in geval van een acute levensbedreigende situatie, en dit functioneert in de praktijk goed. De afspraken met de ambulancedienst zijn bekend. In geval van een acute levensbedreigende situatie binnen de tweedelij zijn er sluitende afspraken vastgelegd wie de bevoegdheid heeft OKteam en kinderarts in huis te roepen als een 'parallele actie' binnen de tweedelij geïndiceerd is. Deze afspraken worden ad hoc geëvalueerd.	Er is een protocol voor overdracht van de eerste naar de tweede lijn in geval van een acute levensbedreigende situatie, en dit functioneert in de praktijk goed. De afspraken met de ambulancedienst zijn bekend. In geval van een acute levensbedreigende situatie binnen de tweedelij zijn er sluitende afspraken vastgelegd wie de bevoegdheid heeft OKteam en kinderarts in huis te roepen als een 'parallele actie' binnen de tweedelij geïndiceerd is. Deze afspraken worden structureel geëvalueerd.
Begeleiding tijdens de bevalling	De zwangere moet erop kunnen rekenen dat 7x24 uur per week goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar zijn en de kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd. Bij de bevalling een 1:1 begeleiding door kraamverzorgende of O&G verpleegkundige, afhankelijk van het risicoprofiel,	Advies SZG ³ pagina 61; IGZ-rapport Zorg in ANW ⁹ ; Definities 24/7; Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴ ; Brief minister aan beroepsgroepen en Tweede Kamer dat ze om personele en financiële redenen de 1:1 norm niet overneemt ³⁴	Er zijn niet 7x 24 uur voldoende O&G verpleegkundigen/ kraamverzorgenden voor verantwoorde begeleiding.	Er zijn 7x 24 uur O&G verpleegkundigen/ kraamverzorgenden, maar in geval van piekdruk moet ad hoc bekeken worden hoe verantwoorde begeleiding kan worden vormgegeven.	Er zijn 7x 24 uur voldoende O&G verpleegkundigen/ kraamverzorgenden voor een verantwoorde begeleiding. Er is een beleid voor piekdruk.	Er zijn 7x 24 uur voldoende O&G verpleegkundigen/ kraamverzorgenden (afhankelijk van het risicoprofiel), zodat 1 op 1 begeleiding mogelijk is. Er is een beleid voor piekdruk.

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Pijnbehandeling	Iedere zwangere moet toegang hebben tot adequate pijnbehandeling. De in 2008 vastgestelde richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' moet op zo kort mogelijke termijn worden geïmplementeerd in alle ziekenhuizen in Nederland.	Geneesmiddelenwet artikel 68 ¹² ; Advies SZG ³ pagina 50; Richtlijn Pijnbehandeling tijdens de bevalling ¹¹ ; Richtlijn sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer (NVA et al, 2009) ³⁵	Pijnbehandeling vindt niet veilig plaats, zoals: Remifentanil buiten onderzoekssetting en/of lachgas zonder adequate afzuiging.	De mogelijkheden en risico's van pijnbehandeling komen pas tijdens de baring ter sprake. En/of op verzoek is effectieve en veilige pijnbehandeling volgens de richtlijn mogelijk maar niet dag en nacht laagdrempelig beschikbaar.	De zwangere wordt tijdens de zwangerschap goed voorgelicht over de mogelijkheden en risico's van pijnbehandeling. Op verzoek is een adequate en veilige vorm van pijnbehandeling mogelijk en dag en nacht laagdrempelig beschikbaar.	De zwangere wordt tijdens de zwangerschap goed voorgelicht over de mogelijkheden en risico's van pijnbehandeling. Op verzoek is een adequate en veilige vorm van pijnbehandeling mogelijk en dag en nacht laagdrempelig beschikbaar. Er is een transmurale multidisciplinaire protocol voor pijnbehandeling.
Foetale monitoring tijdens de bevalling	De verantwoordelijk zorgverlener zorgt voor een adequate monitoring van de conditie van het kind tijdens de bevalling	NVOG-nota Kwalificaties geautoriseerd obstetrisch professional ³⁶ ; risico bekend uit interventietoezicht ¹⁶	Tijdens de tweedelijns bevalling is het niet 7x24 uur mogelijk op indicatie de foetale conditie te monitoren met CTG omdat er geen CTGapparaat beschikbaar is. En/of Er is een CTGapparaat maar degene die de bevalling begeleidt is niet voldoende opgeleid en getraind om het CTG te beoordelen.	Tijdens de tweedelijns bevalling is het 7x24 uur mogelijk op indicatie de foetale conditie te monitoren met CTG. Degene die de bevalling begeleidt is voldoende opgeleid en getraind om het CTG te beoordelen. Maar er is niet 24x7 mogelijkheid voor MBO. En/of De dienstdoend gynaecoloog kan (indien niet aanwezig op verloskamer) de CTG-registratie niet op afstand bekijken.	Tijdens de tweedelijns bevalling is het 7x24 uur mogelijk op indicatie de foetale conditie te monitoren met CTG en MBO. Degene die de bevalling begeleidt is voldoende opgeleid en getraind om het CTG te beoordelen en het MBO te interpreteren. De dienstdoend gynaecoloog kan (indien niet aanwezig op verloskamer) de CTG-registratie op afstand bekijken.	

Onderdeel	Criterium/norm	Bron	A. Voldoet niet aan de norm	B. Voldoet gedeeltelijk aan de norm; er is nog verbetering nodig	C. Voldoet aan de norm	D. Voldoet aan de norm en meer dan de minimum eisen
Bewaking bij de bevalling	De zwangere moet erop kunnen rekenen dat 7x24 uur goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar zijn en de kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd. De taken van de GOP bestaan zowel uit directe zorgverlening als uit het organiseren van zorg rond de obstetrische patiënte (inschakelen gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog en operatieteam). De GOP moet de keten opstarten en moet derhalve 24/7 aanwezig zijn.	Advies SZG ³ pagina 47 en 48; Inspectierapport Zorg in ANW ⁹ ; Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴ ; NVOG-nota Kwalificaties geautoriseerd obstetrisch professional ³⁶	Er is geen GOP 7x24 uur aanwezig. De bewaking van de bevalling wordt uitgevoerd door een niet-GOP. De gynaecoloog komt naar de verloskamer op verzoek van de niet-GOP. Of De gynaecoloog is oproepbaar maar niet binnen 30 minuten aanwezig.	Er is geen GOP 7x24 uur aanwezig. De bewaking van de bevalling wordt uitgevoerd door een niet-GOP. De gynaecoloog stelt zich regelmatig op de hoogte van de conditie van moeder en kind en het verloop van de baring. De gynaecoloog is oproepbaar en binnen 30 minuten aanwezig.	Er is een GOP 7x24 uur in het ziekenhuis aanwezig. De gynaecoloog/GOP stelt zich regelmatig op de hoogte van de conditie van moeder en kind en het verloop van de baring. De gynaecoloog is oproepbaar en binnen 30 minuten aanwezig.	Er is een gynaecoloog 7x24 uur in het ziekenhuis (wakker) aanwezig.
Bezetting medische professionals	De zwangere moet erop kunnen rekenen dat 7x24 uur goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar zijn en de kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd. Voor de 1 ^e lijns bevalling een 1:1 bewaking (medisch professional:vrouw); voor de 2 ^e lijns bevalling 1:2 bewaking.	Advies SZG ³ pagina 61. Inspectierapport Zorg in ANW ⁹ ; Definities 24/7 Acute Verloskunde en andere normen uit het Advies 'Een goed begin' ²⁴ ; Brief minister aan beroepsgroepen en Tweede Kamer dat ze om personele en financiële redenen de 1:1 / 1: 2 norm niet overneemt ³¹	Er zijn niet 7x 24 voldoende verloskundigen (voor de 1 ^e lijns bevalling) en/of GOPs/gynaecologen (voor de tweedelijns bevalling) voor een verantwoorde bewaking.	Er zijn 7x 24 uur 1 ^e lijns verloskundigen cq GOPs/gynaecologen, maar in geval van piekdrukke moet ad hoc bekeken worden hoe verantwoorde bewaking kan worden vormgegeven.	Er zijn 7x 24 uur voldoende 1 ^e lijns verloskundigen cq GOPs/gynaecologen voor een verantwoorde bewaking. Er is een beleid voor piekdrukke.	Er is 7x 24 uur een 1 op 1 bewaking door de verloskundige bij een 1 ^e lijns bevalling en een 1 op 2 bewaking door een GOP/gynaecoloog bij een 2 ^e lijns bevalling. Er is een beleid voor piekdrukke.