



Toelichting bij Leidraden College Perinatale Zorg

Het College Perinatale Zorg (CPZ) voert de aanbevelingen van het Advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte uit ¹, aangevuld met de meest recente adviezen vanuit de Perinatale Audits door de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). Belangrijk is de voorwaarden te optimaliseren ten behoeve van de beste zorg voor de (aanstaande) zwangere, haar (eventuele) partner) en (ongeboren) kind tijdens het gehele traject van de geboortezorg. Daardoor zullen niet alleen de perinatale sterftcijfers verbeteren, maar vooral ook de kansen voor het aanstaande kind op een goede start bij de geboorte en om op te groeien tot een gezonde volwassene.

Uit het Stuurgroep advies blijkt dat in 25% tot 30% van alle gevallen van perinatale sterfte een mogelijke (of soms waarschijnlijke) relatie blijkt te bestaan tussen de sterfte en sub-standaard factoren. In het rapport *Perinatale Audit: eerste verkenningen* ² zijn aanbevelingen geformuleerd, gebaseerd op de gevonden sub-standaard factoren, die naar voren kwamen uit de regionale audit besprekingen van à terme sterfte. De PAN-aanbevelingen richten zich deels op regionale samenwerking, maar ook op het bevorderen van landelijke ontwikkelingen en producten. Het blijkt dat de kwaliteit van zorg vooral kan worden verbeterd door optimalisering van de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken professionals in de begeleiding van het totale traject van de geboortezorg: vanaf de kinderwens tot en met de zwangerschap, bevalling en nazorg. Deze gewenste vorm van naadloos samenwerken met gemeenschappelijke verantwoordelijkheid heeft de naam “*integrale zorg*” gekregen.

In haar voortgangsbrief brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 april 2013 ³ geeft de minister van VWS het CPZ opdracht om, in samenwerking met de beroepsgroepen, drie leidraden op te stellen om te komen tot verbetering van de geboortezorg:

1. **Uitgangspunten van integrale samenwerking.**

Integrale samenwerking wordt door de minister als een absolute prioriteit beschouwd. Zij wil deze samenwerking stimuleren door het CPZ, samen met diverse beroepsgroepen, de uitgangspunten waaraan deze integrale samenwerking moet voldoen te laten vastleggen. De leidraad die hier uit voortvloeit kan op regionaal niveau gebruikt worden bij het proces om te komen tot integrale zorg.

2. **Zorg gerelateerde criteria die een bevalling in een instelling, onder leiding van een verloskundige of verloskundig actieve huisarts, noodzakelijk maken. Bij deze indicaties vervalt de eigen betaling.**

Met behulp van deze criteria is het volgens de minister mogelijk een oplossing te bieden voor die schrijnende situaties waarin de deskundigen een thuisbevalling eigenlijk niet verantwoord vinden.

¹ Advies Stuurgroep Z & G, Een goed begin... Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte, 2009.

² A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen, 2011.

³ Brief minister van VWS aan de Tweede kamer: Voortgang zwangerschap en geboorte d.d. 24-04-2013.



3. Voornemen tot concentratie van ziekenhuizen.

Deze leidraad moet een beschrijving bevatten van belangrijke elementen, zoals bijvoorbeeld de betrokkenheid van beroepsgroepen, bij voornemen tot concentratie.

Met deze notitie komt het CPZ tegemoet aan het verzoek van de minister van VWS ten aanzien van deze door haar geprioriteerde onderwerpen.

De leidraden zijn tot stand gekomen na consultatie van de doelgroep, te weten de vertegenwoordigers van zwangeren en de professionals en de branche organisaties betrokken bij de geboortezorg. Het bestuur van het CPZ spreekt haar erkentelijkheid uit voor de ontvangen reacties uit het veld. De commentaren op de concept leidraden van het CPZ zijn verwerkt in de definitieve leidraden onder voorwaarde dat deze niet in tegenspraak waren met de adviezen uit het Stuurgroep advies. Het CPZ heeft bij haar oprichting als opdracht gekregen het Stuurgroep advies te implementeren.

Leeswijzer:

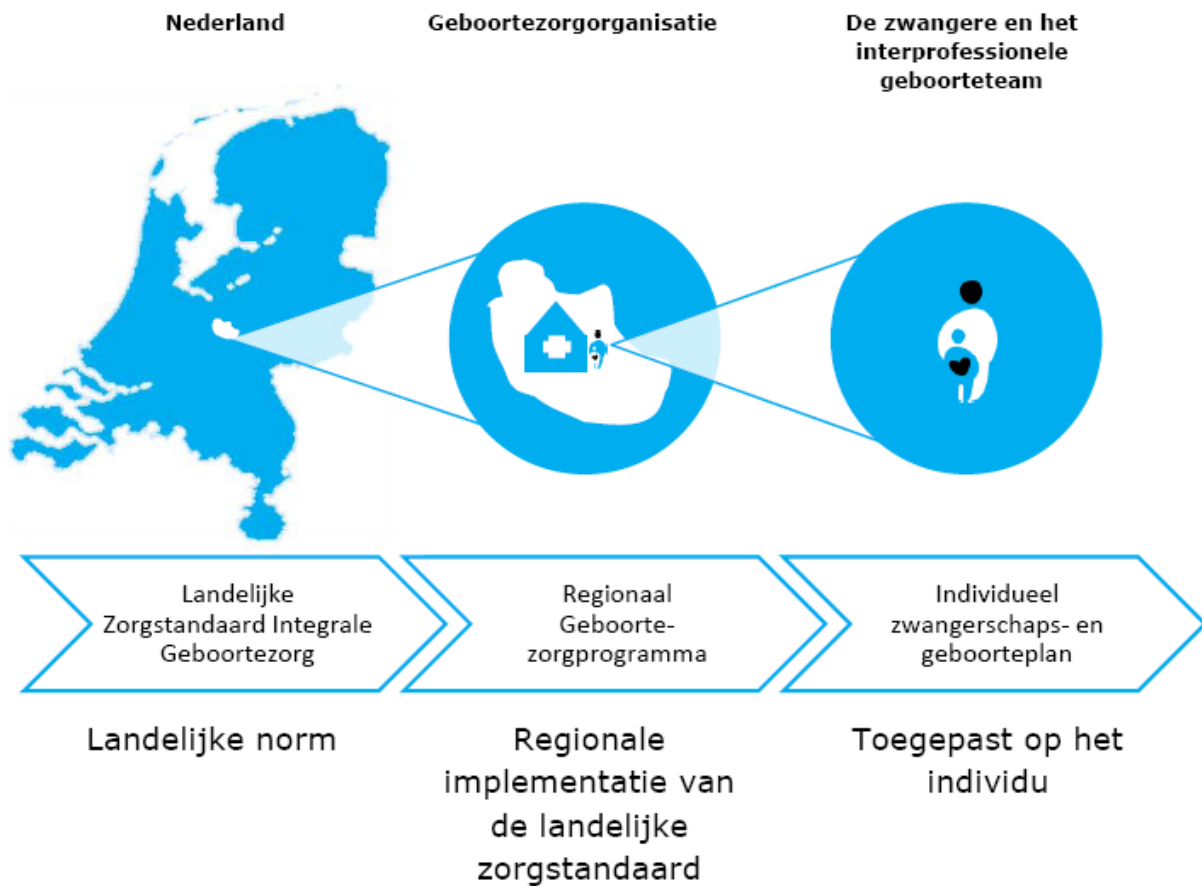
Definitie zwangere: In de leidraden staat vanzelfsprekend niet alleen de (aanstaande) zwangere centraal maar ook haar (eventuele) partner, het ongeboren kind en in een latere fase van het geboortezorg traject de kraamvrouw en de pasgeborene. Waar in de tekst de term zwangere wordt genoemd dient in de context deze uitgebreide beschrijving (soms deels) gelezen te worden.

Definitie professionals: de verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, neonatologen, obstetrie & gynaecologie (O&G) verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Deze professionals maken deel uit van de kern van het Regionale Interprofessionele Geboorteteam. Tevens spelen, naast aios en anios van de betreffende medische specialismen, de geautoriseerde obstetrische professional (GOP-er) en de geautoriseerde pediatrische professional (GPP-er), ook professionals vanuit de pre- en postnatale screening (RIVM), ambulance teams, verloskundig actieve huisartsen, anesthesiologen, kinder- en neonatologie verpleegkundigen, artsen en verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg (JGZ), bedrijfsartsen, klinische genetici, maatschappelijk werkenden, psychologen, psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, GGD (Public Health) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een rol in de geboortezorg.

In de bijlage is een begrippenlijst toegevoegd om tot eenduidige terminologie te komen.



Schematische voorstelling van Integrale Geboortezorg in Nederland



Om integrale geboortezorg te verwezenlijken wordt **de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg** ontwikkeld, die het kader biedt voor het implementeren van een kwaliteitssysteem binnen **Geboortezorg Organisaties**. In de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg wordt **de landelijke norm** waaraan integrale geboortezorg zowel inhoudelijk, organisatorisch als kwalitatief moet voldoen, inclusief de vereiste competenties, in verschillende zorgpaden beschreven. De zorgstandaard is ontwikkeld vanuit het perspectief van de zwangere.

In de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg wordt met nadruk uitgegaan van bestaande informatie van beroepsverenigingen zoals mono- en multidisciplinaire richtlijnen, leidraden, handreikingen en protocollen. De wenselijke situatie is dat regionaal nieuw te vormen Geboortezorg Organisaties ontstaan. Regionaal worden door deze Geboortezorg Organisaties (bijvoorbeeld VSV's) **Geboortezorgprogramma's** ontwikkeld en wordt op deze wijze de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg geïmplementeerd in regionale zorgpaden. Dat wil zeggen dat de landelijke norm wordt vertaald naar **Interprofessionele geboorteteams** en de regionale structuur vanaf de kindervens tot en met de eerste zes weken na de geboorte. Indien regionale zorgpaden voorhanden zijn zullen deze moeten worden afgestemd op de Landelijke Zorgstandaard.



Vanuit het Geboortezorgprogramma wordt bij toepassing op de individuele (aanstaande) zwangere een **Individueel Zwangerschaps- en Geboorteplan** opgesteld. Dit gebeurt door het Interprofessionele geboorteteam in overleg met de (aanstaande) zwangere.

Totdat de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg gepubliceerd is zullen bestaande richtlijnen en samenwerkingsafspraken zoals de Verloskundige Indicatielijst (VIL) leidend zijn. Naar verwachting zal de eerste versie van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg in de tweede helft van 2014 beschikbaar zijn; geen statisch eindpunt, maar een goed begin van een levend product dat continu wordt bijgesteld en aangevuld door input van richtlijnen die door het veld worden ontwikkeld en onderhouden.



Leidraad: Integrale Geboortezorg

*De term “**Integrale (Geboorte) Zorg**” staat voor het streven naar oriëntatie op de zorgvraag van de zwangere, waarbij door een constante evaluatie van de kwalitatieve uitkomsten en de cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger wordt. Door uit te gaan van het perspectief van de zwangere en de beschikbare evidence-based kennis wordt de fragmentatie van het huidige aanbod georiënteerde zorgstelsel voorkomen en wordt continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd. Van belang voor integrale zorg is dat de betrokkenen in planning, financiering en het verlenen van diensten een gedeelde visie hebben, gebruik maken van gecombineerde processen en mechanismen, waarbij verzekerd wordt dat het perspectief van de zwangere altijd centraal staat.⁴*

Het gaat om het verbeteren van (het resultaat van) de zorg door een integrale aanpak.

In het Stuurgroep advies is geformuleerd dat alle professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte zich meer moeten committeren aan een gezamenlijk kwaliteitsbeleid. Zij zijn samen verantwoordelijk om de (aanstaande) zwangere, haar (eventuele) partner en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden tijdens het gehele Geboortezorg traject door optimaal gebruik te maken van ieders expertise. Met Geboortezorg wordt het hele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptionele fase tot en met de eerste zes weken na de geboorte inclusief de overdracht naar kraamzorg, JGZ, huisarts (de eindschakels) en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners zoals bv de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de kinderarts.

A. De zwangere centraal

1. De zwangere wordt begeleid door een Interprofessioneel geboorteteam samengesteld uit alle professionals die samen regionaal de zorg rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode voor de zwangere leveren. Aan de hand van de risico's wordt per situatie bepaald welke professionals samen het Interprofessionele geboorteteam vormen.
2. De zwangere heeft recht op uniforme, nauw op elkaar afgestemde informatie gedurende het gehele geboortezorg traject.
3. Tijdens de gehele zwangerschap wordt de wens van de zwangere gerespecteerd met inachtneming van de professionele standaarden waarover de zwangere goed moet worden voorgelicht.
4. De zwangere heeft een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk uit te dragen. De zwangere moet met voldoende kennis en de juiste houding ook waar mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen in deze belangrijke levensfase. Daarnaast moeten de professionals de zwangere bewust maken van en ondersteunen bij gezond gedrag indien sprake is van kinderwens en gedurende de zwangerschap.
5. Het Interprofessioneel geboorteteam beslist in overleg met de zwangere op basis van het verloop van de zwangerschap hoe de zwangere begeleid en behandeld gaat worden. De

⁴ Adjusted to: Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS, Research report, London, Nuffieldtrust, 2011



leden van het geboorteteam zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de risicoselectie en het daaruit voortvloeiende beleid voor zwangerschap en partus.

6. In overleg met de zwangere wordt een Individueel zwangerschaps- en geboortepan opgesteld, toegelicht en ingevuld⁵ dat aansluit op de eventueel geconstateerde risico's en dat zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de zwangere. In het Individuele zwangerschaps- en geboortepan worden alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap (voorlichting, laboratoriumonderzoek, beeldvorming, uitvoerende professionals etc.) beschreven.
7. Het Individuele zwangerschaps- en geboortepan maakt in de toekomst deel uit van een (digitaal) dossier dat toegankelijk is voor zowel de zwangere als de professionals.
8. Uit voortschrijdend inzicht is gebleken dat de term casemanager een verwarrend begrip blijkt te zijn. Sommigen zien de casemanager als een nieuwe functionaris in de geboortezorg hetgeen niet het geval is. De zwangere dient wel een vast aanspreekpunt te hebben. Daarom moet het voor haar altijd volstrekt helder wie zij op welk moment kan aanspreken voor het gehele verloop van de zwangerschap en de wijze waarop zij dit kan doen. Aan elke zwangere wordt één professional gekoppeld die het beste past bij het (de) gekozen zorgpad(en). Deze professional is verantwoordelijk voor de continuïteit en de coördinatie van de zorg.
9. Zodra één van de professionals of de zwangere tijdens de zwangerschap constateren dat er een verandering in de risico's optreedt, wordt hierover gesproken in het Interprofessionele geboorteteam en wordt het Individuele zwangerschaps- en geboortepan, in overleg met de zwangere, hierop aangepast en uitgevoerd. Daarbij wordt, wederom in overleg met de zwangere, bepaald of de taak van de professional die het vaste aanspreekpunt is eventueel moet worden overgedragen aan een andere professional.

B. Samenwerking tussen professionals

1. De Geboortezorg Organisatie is verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg en de inhoud van het Regionale Geboortezorgprogramma en de regionale zorgpaden. Deze zijn afgeleid zijn van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.
2. Alle betrokken professionals zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het beleid en werken nauw samen, op basis van gelijkwaardigheid en optimaal gebruik makend van ieders competenties, aan de beste zorg voor de zwangere.
3. Iedere zwangere zal in het Interprofessionele geboorteteam worden besproken teneinde de systematische gezamenlijke risicoselectie te optimaliseren. De wijze waarop dit wordt georganiseerd hangt af van de regionale omstandigheden. Het CPZ is mede opgericht om de samenwerkingsafspraken hieromtrent te beoordelen. Deze afspraken zullen door het CPZ worden geïnventariseerd. Indien aanpassingen nodig zijn zal het CPZ hiertoe adviseren.
4. Binnen de samenwerking in een Interprofessioneel geboorteteam worden twee vormen van verantwoordelijkheid onderscheiden, te weten "algemene verantwoordelijkheid" en "handelingsverantwoordelijkheid". Algemene verantwoordelijkheid voor de gezamenlijke besluitvorming rondom de zwangere wordt gedeeld door het Interprofessionele geboorteteam en handelingsverantwoordelijkheid is de individuele verantwoordelijkheid van

⁵ Advies Stuurgroep Z & G blz. 44



- de professionals gebaseerd op de (technische) handelingen die zij uitvoeren binnen hun expertise te weten hun bevoegdheid en bekwaamheid.
5. De onderlinge samenwerking tussen professionals wordt ondersteund middels één gezamenlijk dossier waarin het Individuele zwangerschaps- en geboortepan de basis vormt voor de vastlegging van de gegevens. De combinatie van zorgpaden bepaalt deze vast te leggen gegevens. Het dossier wordt gedeeld via digitale communicatie, het Perinataal Webbased Dossier (PWD) genaamd. Het PWD programma biedt de standaarden voor de vast te leggen gegevens en de daarvan afgeleide rapportages. Dit PWD is gebaseerd op de uitgangspunten van het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) dat alle terreinen omvat en breder is dan alleen het geboortedossier. Zowel de (aanstaande) zwangere als de leden van het Interprofessionele geboorteteam hebben toegang tot het dossier.
 6. Kwaliteitsindicatoren voor de gehele zorgketen worden gemonitord op basis van landelijk vastgestelde definities en worden binnen het Interprofessionele geboorteteam besproken. Indien nodig wordt op grond hiervan de organisatie en of het beleid aangepast.
 7. Deelname van professionals aan perinatale audits (PAN) en perinatale registratie (PRN) is verplicht.
 8. Interdisciplinaire teamtraining is een vaste activiteit van de professionals in het Interprofessionele geboorteteam.
 9. Er worden binnen het Interprofessionele geboorteteam afspraken gemaakt hoe om te gaan met de zwangere die een keuze maakt buiten de reguliere richtlijnen en kaders van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. In het onderhavig geval is sprake van een spanningsveld tussen de zorgplicht van de professional en het recht op keuzevrijheid en zelfbeschikking van de zwangere.



Leidraad: Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie

*In het Advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte staat "dat er geen financiële barrières mogen zijn voor een vrouw en haar (eventuele partner) om al dan niet te kiezen voor een poliklinische bevalling. De eigen bijdrage voor bevallen in een geboortecentrum of poliklinisch (op eigen verzoek, zonder medische indicatie) moet daarom vervallen. Dit geldt ook voor de eigen bijdrage voor de kraamzorg."*⁵

Met de Leidraad Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie heeft het College Perinatale Zorg voldaan aan het verzoek van de Minister van VWS om deze criteria in kaart te brengen. Voor de kraamzorg zijn in deze leidraad geen Zorg gerelateerde criteria voor het vervallen van de eigen bijdrage (zie begrippenlijst) vermeld omdat de minister hiertoe geen opdracht heeft gegeven.

Het CPZ stelt het op prijs hierbij nadrukkelijk te vermelden, dat het van mening is dat de eigen betaling (zie begrippenlijst) geboortezorg betreffende de bevalling en de eigen bijdrage betreffende de kraamzorg zo snel mogelijk geheel zou moeten verdwijnen. Immers: de nieuwe integrale geboortezorg kent een tarief dat geen onderscheid maakt tussen eerste, tweede en derde lijn: geen organisatorische drempel, dan ook geen financiële. Daarbij is van belang dat de drempel van de eigen betaling ongewenst en risicovol gedrag zoals thuis bevallen bij onverantwoorde sociale omstandigheden of het aandringen op een onnodige medische indicatie, in de hand werkt, bijvoorbeeld het gebruik van pijnbestrijding (ruggenprik).

Vooraf vrouwen met een laag inkomen kunnen niet vrijelijk, zonder financiële overwegingen, kiezen op welke locatie zij willen bevallen, terwijl juist deze groep vrouwen een verhoogde kans op problemen heeft.^{6,7} In deze leidraad staat de keuze van de zwangere binnen de professionele grenzen centraal.

A. Geografische criteria, woon- en bijzondere omstandigheden

- A. Bij de intake of tijdens de zwangerschap (of bij de start van de baring) blijkt dat de eventuele reistijd naar het geboortecentrum/ziekenhuis ongewenst is, zoals bij:
- Elke reistijd die buiten de wettelijke 45-minutennorm valt.
 - Uitzonderlijke weersomstandigheden (ijzel, sneeuwval of weeralarm).
 - (Verhoogde) kans op file.

⁵ Stuurgroep Z & G blz. 51.

⁶ Afschaffing eigen bijdrage bij bevallingen in het ziekenhuis. Initiatiefnota PvdA.

⁷ NVOG visiedocument. Integrale verloskundige zorg in Nederland. Een stap verder.



- B. Bij de intake of tijdens de zwangerschap blijkt dat de plaats van de bevalling thuis wegens woonomstandigheden verhindert dat er kwalitatief goede (verantwoorde) zorg geleverd kan worden, zoals wanneer:
- De woning zich op een dusdanige plaats of hoogte bevindt of dusdanig ingedeeld is dat vervoer per ambulance niet mogelijk is (b.v. geen lift of vluchtroute, wenteltrap, woonboot).
 - De hygiënische omstandigheden inadequaat zijn.
- C. Bij de intake of tijdens de zwangerschap blijkt dat de plaats van de bevalling thuis dusdanig is dat de zorgverlener zich onveilig voelt, bijvoorbeeld door:
- Ligging van de woning in een buurt met kans op geweld op straat.
 - Een gewelddadige thuissituatie.

B. Psychosociale criteria op basis van Signaleringsinstrumenten

Integraal risicomanagement begint met de intake conform een integraal signaleringsinstrument. In Nederland zijn acht psychosociale signaleringsinstrumenten ten behoeve van de geboortezorg in ontwikkeling. De instrumenten vertonen veel inhoudelijke overeenkomsten gezien de gemeenschappelijkheid van de risicofactoren.

Een voorbeeld van een dergelijk instrument is de lijn overstijgende Rotterdam Reproductive Risk Reduction Checklist (R4U). Dit is een vragenlijst die bestaat uit 6 domeinen, socio-economische situatie, etniciteit, zorgsituatie, leefstijl, medische gegevens en obstetrische voorgeschiedenis. De items in deze lijst variëren van onder meer “geen personen in omgeving voor sociale steun”, “werkloosheid”, “taalproblemen”, “tienerzwangerschap”, “huiselijk geweld”, “druggebruik” tot “religie bijvoorbeeld Jehovagetuige”. Op grond van de checklist kan door middel van een score geconcludeerd worden of er sprake is van “geen risico”, een “gespecificeerd risico” of een “totaal risico” (risicocumulatie).

Geen van de acht signaleringsinstrumenten zijn nu al beschikbaar voor gebruik in de praktijk. Als de resultaten van de bruikbaarheid en validiteit van de instrumenten bekend zijn, kunnen, na training van de verloskundige zorgverleners, de instrumenten worden ingezet om, op een uniforme wijze, die vrouwen te detecteren waarvoor een vrijstelling van de eigen betaling opportuun is. De instrumenten leiden tot behandelingsacties vastgelegd in de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en regionale zorgpaden in Geboortezorgprogramma's.⁸ De commissies Kwaliteit en Onderzoek van het CPZ zullen nog dit jaar beoordelen welke screeningsinstrumenten het meest geschikt zijn.

⁸ Vink RM, Demar S. Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. TSG:90;2012 nummer 8, blz. 525-31.



Leidraad: Voornemen tot concentratie van (acute) geboortezorg

Het CPZ spreekt geen voorkeur uit over concentratie van de geboortezorg. De missie van het College Perinatale Zorg is richting geven aan de beste geboortezorg voor moeder en kind.

Het is duidelijk dat er bij concentratie in de geboortezorg raakvlakken zijn met de ontwikkeling van spreiding en concentratie van klinische zorg in het algemeen. De ervaring leert dat het van groot belang is om, in voorkomende situaties van voornemens tot concentratie, goede proces afspraken te maken. Alle professionals, zorg- en brancheorganisaties, waarvan een aantal samenwerken binnen het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) en de verzekeraars moeten van meet af aan worden betrokken bij de besprekingen. Ook de cliënt, c.q. de patiënt, de zwangere, behoort in dit traject meegenomen te worden door vertegenwoordiging van cliënten-en patiëntenorganisaties te bewerkstelligen.

A. Concentratie van de geboortezorg kan slechts aan de orde zijn als aan de volgende randvoorwaarden wordt voldaan:

1. Kwalitatief goede, bereikbare en doelmatige integrale zorg voor de zwangere staat centraal. In een eventuele herschikking van het zorglandschap hebben alle partijen verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid van kwalitatief goede zorg. Naast alle professionals worden ook de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars geacht deze criteria bij het contracteren van de zorg te borgen.
2. Iedere zorgaanbieder in het geboorteteam is te allen tijde verantwoordelijk voor het bieden van kwalitatief goede zorg. Uitgangspunt hiervoor is de in 2014 beschikbare Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, waarin zowel mono- als multidisciplinaire richtlijnen zijn opgenomen. Totdat deze Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg beschikbaar is zullen richtlijnen en samenwerkingsafspraken zoals bijvoorbeeld de VIL leidend zijn. De Inspectie Gezondheidszorg ziet hierop toe.
3. Uitgangspunt in bereikbaarheid van zorg is de wettelijk vastgelegde 45-minutennorm. "In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is de bereikbaarheid van Spoedeisende Hulp als norm vastgelegd. Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden".⁹ De norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijdtijd voor de ambulance, 5 minuten voor stabiliseren van de patiënt en daarna 25 minuten rijtijd om een Spoedeisende Hulp (SEH) te bereiken. De minister van VWS heeft in het Algemeen Overleg over Zwangerschap en Geboorte in de Tweede Kamer d.d. 7 maart 2012¹⁰ aangegeven deze norm onveranderd leidend te laten zijn.

⁹ <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/bereikbaarheidsnormen-basisdiensten-acute-zorg/>

¹⁰ Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2011-2012, 32 279, Zorg rond Zwangerschap en Geboorte, verslag van een Algemeen Overleg, 7 maart 2012, vastgelegd 2 april 2012, blz. 28.



4. Het opheffen van de geboortezorg in een ziekenhuis kan op termijn verstrekende gevolgen hebben voor andere medische specialismen van het betreffende ziekenhuis en de regio, omdat de infrastructuur en de samenhang van de gehele klinische zorg verstoord kan worden. In de plannen tot concentratie van de geboortezorg dient geborgd te worden dat kwalitatief goede zorg voor patiënten die worden behandeld door andere disciplines wordt behouden.

B. Voorwaarden voor het proces om (eventueel) tot concentratie te komen

1. De betrokken professionals tonen een constructieve houding, waarbij de vraag centraal staat onder welke randvoorwaarden herschikking van geboortezorg en concentratie mogelijk is.
2. Eventuele onvrede over het voornemen tot concentratie wordt in onderling overleg besproken en niet via de media geventileerd.
3. De betrokken Geboortezorg Organisatie(s) maken een analyse van de plannen en een concept aangepast Regionaal Geboortezorgprogramma, afgeleid van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. De haalbaarheid hiervan is onderdeel van de besluitvorming.
4. De financiële gevolgen van concentratie worden voor wat betreft de geboortezorg door de zorgverzekeraar in kaart gebracht en besproken.
5. De ziekenhuizen en zorgverzekeraars laten alle adviezen expliciet en herkenbaar meewegen in hun uiteindelijke besluit tot wel of niet concentratie en in welke mate. Uiteindelijk zijn de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars eindverantwoordelijk: het ziekenhuis om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren, de zorgverzekeraars om zorg te contracteren die voldoet aan de laatste normen van kwaliteit en doelmatigheid.
6. Na besluitvorming tot concentratie worden alle betrokkenen geïnformeerd. Hierbij gaat het o.a. om burgers, gemeenten en verwijzende hulpverleners.
In de periode na de concentratiebeweging worden in de betrokken Interprofessionele geboorteteams met regelmaat de voortgang van de implementatie geëvalueerd en waar nodig worden verbetermaatregelen genomen.



Begrippenlijst ¹¹

Algemene verantwoordelijkheid	Gedeelde verantwoordelijkheid van het Interprofessionele geboorteteam voor de gezamenlijke besluitvorming rondom een zwangere.
Eigen betaling	Een eigen betaling is een betaling die is vereist omdat er sprake is van zorg die geen deel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering. Het gaat om onverzekerde zorg. Als men hier toch gebruik van wil maken moet men hiervoor betalen door middel van een eigen betaling.
Eigen bijdrage	Een eigen bijdrage is een financiële bijdrage met een wettelijke grondslag. Bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor de kraamzorg.
Geboortezorg Organisatie	Een organisatie met een juridische status waarbinnen Integrale geboortezorg wordt geleverd.
Geboortezorg traject	Het hele traject van zorg vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte inclusief de overdracht naar kraamzorg, JGZ, huisarts (de eindschakels) en/of op indicatie verwijzing naar andere zorgverleners.
Handelingsverantwoordelijkheid	De individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners gebaseerd op handelingen die zij uitvoeren binnen hun expertise.
Individueel zwangerschaps- en geboorteplan	In een Individueel zwangerschaps- en geboorteplan worden overeenkomstig de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg alle onderdelen die van belang zijn bij de begeleiding en behandeling van de (aanstaande) zwangere vanaf de kinderwens tot en met de eerste zes weken na de geboorte vastgelegd zoals deze zijn besproken in onderling overleg tussen de zwangere en de professional. Een Individueel zwangerschaps- en geboorteplan helpt de zwangere inzicht te krijgen in het proces van zwangerschap en geboorte en de eigen verantwoordelijkheid te versterken. Dit plan kan tijdens de gehele periode op elke moment worden bijgesteld.
Integrale (Geboorte) Zorg	De term Integrale (Geboorte) Zorg staat voor het streven naar oriëntatie op de zorgvraag van de zwangere, waarbij door een constante evaluatie van de kwalitatieve uitkomsten en de cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever

¹¹ Van een aantal begrippen zijn meerdere definities in omloop. Gekozen is voor die omschrijvingen die het beste bij de integrale geboortezorg en het ontwerp van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg passen.



	<p>en doelmatiger wordt. Door uit te gaan van het perspectief van de zwangere en de beschikbare evidence-based kennis wordt de fragmentatie van het huidige aanbod georiënteerde zorgstelsel voorkomen en wordt continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd. Van belang voor integrale zorg is dat de betrokkenen in planning, financiering en het verlenen van diensten een gedeelde visie hebben, gebruik maken van gecombineerde processen en mechanismen, waarbij verzekerd wordt dat het perspectief van de zwangere altijd centraal staat.⁴</p>
Interprofessioneel geboorteteam	<p>Het Interprofessionele geboorteteam is een gestructureerde eenheid met een gemeenschappelijk doel en een gemeenschappelijke besluitvorming. Dit team voert het Regionale Geboortezorgprogramma uit.</p>
Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg	<p>Een beschrijving van de landelijke norm van integrale geboortezorg gezien vanuit het perspectief van de cliënt. Een zorgstandaard bestrijkt het hele zorgcontinuüm, zelfmanagement door de cliënt, interprofessionele samenwerking, de organisatiestructuur van het zorgproces en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren.</p>
Professionals	<p>Onder professionals wordt verstaan: De verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, neonatologen, obstetrie & gynaecologie (O&G) verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Deze professionals maken deel uit van de kern van het Regionale Interprofessionele geboorteteam. Tevens spelen, naast aios en anios van de betreffende medische specialismen, de geautoriseerde obstetrische professional (GOP-er) en de geautoriseerde pediatrie professional (GPP-er), ook professionals vanuit de pre- en postnatale screening (RIVM), ambulance teams, verloskundig actieve huisartsen, anesthesiologen, kinder- en neonatologie verpleegkundigen, artsen en verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg (JGZ), bedrijfsartsen, klinische genetici, maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, GGD (Public Health) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een rol in de geboortezorg.</p>
Regionaal Geboortezorgprogramma	<p>“Vertaling” van de Landelijke Zorgstandaard Integrale Geboortezorg naar een specifieke regio.</p>
Richtlijnen (mono- en multidisciplinair)	<p>Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en gebruikers. Richtlijnen bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis. De professional wordt</p>



	geacht de richtlijn bij zijn of haar zorgverlening toe te passen. Afwijken van de richtlijn kan, maar moet gemotiveerd worden. ¹²
Zorgpad (regionaal)	Een zorgpad is een structureel proces dat een zwangere op regionaal niveau doorloopt gedurende het hele traject van geboortezorg vanaf het eerste tot en met het laatste contact. In een zorgpad staat beschreven wat (activiteiten), wanneer (dag), door wie (functie) wordt gedaan met welke verwachte resultaten. Bij zorgpad ontwikkeling wordt aandacht gegeven aan de organisatie van de zorg, naast de inhoud (protocollen en richtlijnen). Onderlinge en interprofessionele afstemming staat centraal: van elkaar weten wie, wat, wanneer doet en waarom. ¹³
Zwangere	De (aanstaande) zwangere, haar (eventuele) partner, het ongeboren kind en in een latere fase van het Geboortezorg traject de kraamvrouw en de pasgeborene.

¹² Richtlijn voor Richtlijnen, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010.

¹³ Nicolette Huiskes & Guus Schrijvers, Het Zorgpadenboek, Thoreris, 2011, 272 blz.