



een goed begin

Veilige zorg rond
zwangerschap en geboorte.

een goed begin

Veilige zorg rond
zwangerschap en geboorte

_een goed begin

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte geeft in dit advies haar visie op hoe we in Nederland met elkaar moeten gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte. Een zorg die niet alleen een zwangere behandelt als zij ziek is, maar vooral werkt aan het bevorderen van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

De Stuurgroep heeft de ambitie om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaard factoren in de zorg in de komende vijf jaar te halveren. Om dit te realiseren formuleert de Stuurgroep in dit advies concrete aanbevelingen, die kernachtig op de volgende zeven speerpunten neerkomen:

1 _ Moeder en kind in de hoofdrol

Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen.

2 _ ‘Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder’

Vrouwen moeten gezonder aan een zwangerschap beginnen. Dit vereist een kanteling van een reactieve naar een meer proactieve benadering van de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het betekent vooraf de best mogelijke condities voor een eventuele zwangerschap creëren en niet afwachten totdat zich tijdens de zwangerschap of bevalling risico's voordoen.

3 – Goed geïnformeerde zwangere

Ook de zwangere heeft een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk uit te dragen. Hierin moet zij worden ondersteund door heldere en eenduidige voorlichting over alle facetten van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

4 – Samen verantwoordelijk

Alle professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Instrumenten daarvoor zijn: een landelijk College Perinatale Zorg, actieve participatie in verloskundige samenwerkingsverbanden, en voor iedere zwangere een casemanager, geboorteplan en verplicht huisbezoek.

5 – Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties

Voor vrouwen woonachtig in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en/of met een lage sociaaleconomische status moet er aanvullend op de aanbevelingen uit dit advies, een nationaal programma 'zwanger in achterstandssituaties' komen. Met daarin doelgroepspecifieke voorlichting, preventie en intensivering van begeleiding.

6 – Bevallende vrouw niet alleen

Vanaf het begin van de bevalling wordt de zwangere niet meer alleen gelaten. Zij wordt begeleid door een kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige en bewaakt door een medisch professional.

7 – 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid

Op ieder moment, dus overdag, 's avonds en in het weekend, moet de zwangere er op kunnen rekenen dat de noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten.

In dit advies aan de minister ligt dé mogelijkheid om de perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland terug te dringen. De Stuurgroep adviseert de minister om de aanbevelingen uit dit advies integraal over te nemen en de uitvoering en implementatie te faciliteren.

Namens de Stuurgroep zwangerschap en geboorte,

Prof. dr. J. van der Velden
(voorzitter)

The background is a teal gradient with several thin, white, curved lines that create a sense of movement and depth. The lines are thin and elegant, intersecting to form various shapes and patterns across the page.

_inhoud

| | |
|--|-----------|
| 1 Aanleiding | 6 |
| 1.1 Inleiding | 7 |
| 1.2 Werkwijze Stuurgroep zwangerschap en geboorte | 8 |
| 1.3 Toelichting op het voorliggende document | 9 |
| 2 De feiten | 10 |
| 2.1 Sterfte en morbiditeit moeder | 11 |
| 2.2 Sterfte en morbiditeit kind | 12 |
| 2.3 Risicofactoren perinatale sterfte | 16 |
| 2.4 Preventie en zorg | 18 |
| 2.5 Nederland ten opzichte van andere EU-landen | 21 |
| 2.6 Beschouwing | 22 |
| 3 Visie | 25 |
| 3.1 Moeder en kind in de hoofdrol | 27 |
| 3.2 Kanteling | 28 |
| 3.3 Gezonde en veilige zwangerschap, bevalling en kraamperiode | 28 |
| 3.4 Kwaliteitsbeleid | 30 |
| 3.5 Samen verantwoordelijk | 31 |
| 4 Making it happen | 34 |
| 4.1 Gezond zwanger worden | 35 |
| 4.2 Gezonde en veilige zwangerschap | 41 |
| 4.3 Veilige acute zorg | 47 |
| 4.4 Goede en veilige kraamperiode en overdracht | 52 |
| 4.5 Achterstandssituaties | 55 |
| 4.6 Randvoorwaarden optimale zorg rond zwangerschap en geboorte | 59 |
| 4.7 Monitoring, toetsing en evaluatie | 64 |
| 5 Conclusies en aanbevelingen | 68 |
| 5.1 Aanbevelingen | 69 |
| 5.2 Lopende trajecten | 75 |
| 5.3 Tot slot | 75 |
| Bijlage 1 Samenstelling Stuurgroep zwangerschap en geboorte | 77 |
| Bijlage 2 Samenstelling vier taakgroepen | 78 |
| Taakgroep Kwaliteit | |
| Taakgroep Organisatie | |
| Taakgroep Achterstandssituaties | |
| Taakgroep Transparantie | |
| Bijlage 3 Bronnen | 80 |

1_ aanleiding

1.1 Inleiding

In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen. Gelukkig eindigt het overgrote deel van die zwangerschappen met een gezonde moeder en een gezond kind. Echter, jaarlijks overlijden tien tot vijftien vrouwen aan complicaties rond zwangerschap en geboorte.

Ook overlijden er ongeveer 1700 kinderen (10%) rond de geboorte.

Naast deze zogenoemde perinatale sterfte kan er ook sprake zijn van morbiditeit. Dit betekent dat pasgeborenen dusdanig ernstig ziek zijn dat zij alsnog overlijden na de 4e levensweek, of dat zij voor de rest van hun leven schade hebben opgelopen door hun slechte start.

Niet alle slechte uitkomsten zijn te vermijden, maar een deel kan wél worden voorkomen door effectievere preventie en betere zorg.

Nederland presteert relatief slecht

Wereldwijd – ook in Nederland – is het perinatale sterftecijfer in de afgelopen vijftig jaar sterk gedaald. Vergelijking van cijfers^{1,2} laat echter zien dat Nederland ten opzichte van de meeste andere Europese landen relatief slecht presteert. Gelet op de gezondheidsvoorzieningen waar ons land vaak om wordt geroemd, is dat vreemd en ongewenst.

Waardoor stagneert de daling van de perinatale sterfte in Nederland? Hierover zijn de meningen verdeeld. Enerzijds wordt vaak gewezen op het hogere risicoprofiel (in vergelijking met een aantal decennia geleden) van de gemiddelde zwangere in Nederland. Anderzijds wordt de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland niet altijd als optimaal bestempeld. Zo halen regelmatig incidenten het nieuws die wijzen op falende perinatale zorg. Denk aan slechte communicatie of onvoldoende afstemming tussen professionals en aan onvoldoende bereikbaarheid en/of beschikbaarheid van verloskundige zorg.

Minister van VWS stelt Stuurgroep zwangerschap en geboorte in

Sinds begin 2008 staat de perinatale sterfte in Nederland opnieuw hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. In de zogenoemde 'babybrief'³ kondigt het ministerie van vws een aantal activiteiten en maatregelen aan. Zo stelt minister Klink een externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte in, met als opdracht:

Breng voor 1 januari 2010 een advies aan mij uit met concrete en realistische voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen.

1.2 Werkwijze Stuurgroep zwangerschap en geboorte

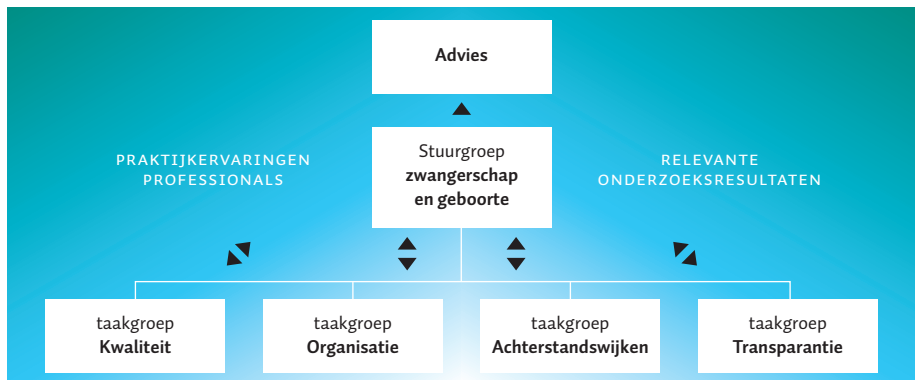
In de zomer van 2008 is de externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte (verder: Stuurgroep) opgestart^{*}, onder leiding van prof. dr. J. van der Velden. In deze bestuurlijk gedragen commissie hebben vertegenwoordigers van cliënten, beroepsgroepen, verzekeraars en relevante institutionele koepels samengewerkt aan de inhoud en totstandkoming van het voorliggende advies.

De Stuurgroep heeft allereerst de huidige stand van zaken rondom zwangerschap en geboorte in Nederland geanalyseerd. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van maternale en perinatale sterfte en morbiditeit? Vervolgens zijn voorstellen uitgewerkt om deze oorzaken aan te pakken en daarmee de zorg rond zwangerschap en geboorte te verbeteren.

De problematiek is steeds vanuit vier invalshoeken benaderd: kwaliteit, organisatie, achterstandssituaties en transparantie⁴. De Stuurgroep richtte hiertoe vier taakgroepen in, bestaande uit direct betrokkenen uit de praktijk. Iedere taakgroep heeft gewerkt aan deeladviezen die zijn besproken en gewogen in de Stuurgroep. Vervolgens is de inbreng van de taakgroepen met elkaar gecombineerd om uiteindelijk uit te monden in het voorliggende integrale advies. In figuur 1 is dit proces schematisch weergegeven.

Deze werkwijze garandeert een goede mix van beschikbare onderzoeksresultaten, ervaringen vanuit de praktijk en bestuurlijk draagvlak. Tegelijkertijd is een constructieve samenwerkingsrelatie ontstaan tussen alle betrokken partijen die in de toekomst wordt voortgezet. Met het voorliggende advies is een beweging in gang gezet die de zorg rond zwangerschap en geboorte op een kwalitatief hoger plan brengt.

^{*} De samenstelling van de Stuurgroep is grotendeels gebaseerd op het al sinds 2001 functionerende Platform modernisering verloskunde.



Figuur 1 Schematische weergave proces Stuurgroep en taakgroepen

1.3 Toelichting op het voorliggende document

Bij de start heeft de Stuurgroep bewust de keuze gemaakt dat de inhoud leidend moet zijn in haar advies aan de minister. Dus met welke concrete en realistische maatregelen kan de huidige zorg rond zwangerschap en geboorte worden verbeterd, zodat de vermijdbare perinatale sterfte en morbiditeit wordt teruggedrongen? De financiële consequenties of uitspraken over hoe de zorg rond zwangerschap en geboorte in de toekomst moet worden bekostigd vallen buiten de taakopvatting van de Stuurgroep.

Het advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 is het resultaat van de analyse op hoofdlijnen van de problematiek weergegeven: wat zijn de trends, oorzaken en onderliggende factoren die een rol spelen. Ook wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan een Europese vergelijking. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing over welke veranderingen het perinatale veld te wachten staan.

In hoofdstuk 3 geeft de Stuurgroep haar visie op hoe we in Nederland met elkaar de komende jaren verder moeten gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 uitgewerkt hoe deze visie concreet kan worden gerealiseerd.

Tenslotte spreekt de Stuurgroep in hoofdstuk 5 de ambitie uit om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaard factoren in de zorg de komende vijf jaar te halveren. De aanbevelingen om dit waar te kunnen maken worden kort herhaald, inclusief een tijdspanne. Ook wordt kort ingegaan op reeds lopende trajecten.

De Stuurgroep sluit haar advies af met de constatering dat het realiseren van de aanbevelingen uit dit advies geen sinecure is en een gezamenlijke inspanning vergt van alle professionals, zwangeren, instellingen en de overheid.

2_ de feiten

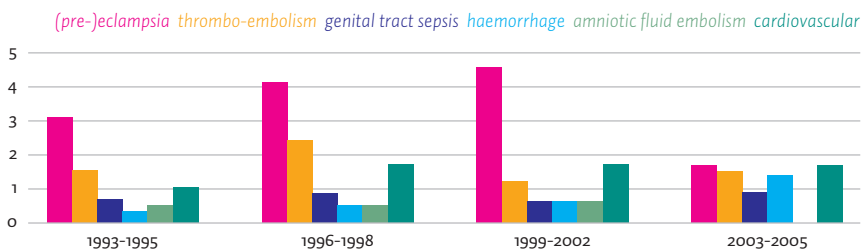
The background is a solid blue gradient that transitions from a darker shade at the top to a lighter shade at the bottom. Overlaid on this background are several thin, white, geometric lines. These lines form a series of overlapping circles and arcs. On the left side, there is a set of five concentric circles centered around a point. To the right of this set, there are several larger, overlapping circles and arcs that intersect with each other and the concentric circles. The overall effect is a complex, layered geometric pattern.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van beschikbaar onderzoeksmateriaal een overzicht gegeven van de cijfers over sterfte en morbiditeit bij moeder en kind. Dit hoofdstuk is het vertrekpunt voor de visie van de Stuurgroep (hoofdstuk 3) en de uitwerking daarvan in concrete maatregelen (hoofdstuk 4). De Stuurgroep heeft zich geconcentreerd op een analyse op hoofdlijnen.

2.1 Sterfte en morbiditeit moeder

De moedersterfte in Nederland ligt rond de acht per 100.000 zwangerschappen⁵.

De belangrijkste oorzaken van deze sterfte zijn: aandoeningen gerelateerd aan hoge bloeddruk, trombose, infecties en bloedingen⁵.



Figuur 2 Moedersterfte naar oorzaken per 100.000 zwangerschappen^{5,6}

Uit de LeMMoN-studie⁷ blijkt dat ernstige morbiditeit van de moeder dit sterft patroon volgt en dat dit voor komt bij zeven per 1000 zwangeren. De incidentie van ernstige morbiditeit van de moeder in Nederland varieert sterk per etnische groepering. Marokkaanse en Turkse vrouwen hebben geen verhoogd risico, terwijl vrouwen afkomstig uit sub-Sahara Afrika een maximaal 3,5-voudig verhoogd risico hebben. In deze studie werd eveneens geconcludeerd dat men in Nederland terughoudend lijkt te zijn als het gaat om het geven van medicatie en het inleiden van de bevalling. Uit auditbesprekingen van moedersterfte en van ernstige morbiditeit van de moeder, bleek in vier van de vijf gevallen sprake te zijn van substandaard factoren in de zorg (sub-standard care)⁷. Dit is zorg die niet voldoet aan de richtlijnen of – als richtlijnen ontbreken – aan de gangbare zorg.

2.2 Sterfte en morbiditeit kind

Recente trends perinatale sterfte

Uit de vergelijking van Europese perinatale sterftecijfers (tabel 1) blijkt dat de Nederlandse perinatale sterfte is gedaald van 10.9 (1999)⁸ naar 10.0 per duizend levend- en doodgeborenen (2004)⁹. In 2007 is de daling doorgezet naar 9.7 per duizend levend en doodgeborenen. Maar de daling verloopt langzamer dan in andere Europese landen.

In 1999 heeft Nederland in vergelijking met andere Europese landen het hoogste foetale sterftecijfer (7.4‰) en het op één na hoogste vroeg neonatale sterftecijfer (3.5‰). Vijf jaar later heeft Nederland na Frankrijk het op één na hoogste foetale sterftecijfer (7.0‰) en het hoogste vroeg neonatale sterftecijfer (3.0‰). Weer drie jaar later is vooral een daling van de foetale sterfte (6.6‰) zichtbaar; de vroeg neonatale sterfte blijft nagenoeg gelijk (3.1‰)¹⁰. Overigens moet hierbij rekening worden gehouden met het feit dat deze Europese vergelijking van sterftecijfers door verschillen in registratie niet optimaal is¹¹.

| Geboortejahr | 1999 | 2004 | 2007 |
|---|------|------|------|
| Foetale sterfte ^a | 7.4 | 7.0 | 6.6 |
| Vroeg neonatale sterfte ^b | 3.5 | 3.0 | 3.1 |
| Laat neonatale sterfte ^c | 0.5 | 0.5 | 0.6 |
| Neonatale sterfte ^d | 4.0 | 3.5 | 3.7 |
| Perinatale sterfte ^e | 10.9 | 10.0 | 9.7 |
| Uitgebreide perinatale sterfte ^f | 11.4 | 10.5 | 10.3 |

Tabel 1 Trends in Perinatale Sterfte (per 1000) in Nederland

a = sterfte voor of tijdens de geboorte per 1000 totaal geboren en vanaf 22 weken zwangerschapsduur of indien laatste onbekend vanaf 500 gram geboortegewicht;

b = sterfte gedurende 0 tot 7 dagen na de geboorte per 1000 levend geboren kinderen vanaf 22 weken zwangerschapsduur;

c = sterfte gedurende 7 tot 28 dagen na de geboorte per 1000 levend geboren kinderen vanaf 22 weken zwangerschapsduur;

d = sterfte binnen de eerste 0 tot 28 dagen na de geboorte per 1000 levend geboren en vanaf 22 weken zwangerschapsduur;

e = optelsom foetale sterfte en vroeg neonatale sterfte per 1000 totaal geboren en;

f = optelsom foetale sterfte en neonatale sterfte per 1000 totaal geboren (= WHO definitie).

Bronnen: PRN 1999, PRN 2004, PRN 2007¹⁰.

Uit de meest recente getallen uit 2007 blijkt dat in Nederland ongeveer tweederde van de sterftegevallen foetale sterfte betreft (sterfte vóór of tijdens de geboorte). 46% van de sterfte vindt plaats vóór de geboorte en 21% tijdens de baring (tabel 2). Het resterende derde deel van de sterfte betreft levend geboren kinderen die met name in de eerste zeven levensdagen overlijden. Na een zwangerschapsduur van $\geq 37^{\circ}$ weken overlijden 410 kinderen.

| Zwangerschapsduur weken ^a dagen | Aantal geborenen* | Foetale sterfte | | | Neonatale sterfte | | Perinatale sterfte # | |
|--|-------------------|------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------|----------------------|--------------|
| | | voor de geboorte | tijdens baring | totaal | vroeg 0-7 d | totaal 0-28 d | n | o/o |
| | | N | n | n | n | n | | |
| 22 ^o - 24 ^e wk | 618 | 191 | 188 | 379 | 225 | 229 | 604 | 977.3 |
| 25 ^o - 31 ^e wk | 1908 | 219 | 39 | 258 | 120 | 168 | 378 | 198.1 |
| 32 ^o -36 ^e wk | 10.595 | 149 | 20 | 169 | 56 | 74 | 225 | 21.2 |
| ≥ 37 ^o wk | 158.911 | 198 | 96 | 294 | 116 | 147 | 410 | 2.6 |
| Onbekend | 1402 | 40 | 13 | 53 | 15 | 16 | 68 | 48.5 |
| Totaal | 173.434 | 797 | 356 | 1153 | 532 | 634 | 1685 | 9.7 |

Tabel 2 Nederlandse Perinatale Sterftecijfers voor, tijdens en na de bevalling naar zwangerschapsduur

*) = levend en doodgeborenen, #) = perinatale sterfte: foetale en vroeg neonatale sterfte / Bron: PRN 2007^{10c}

Belangrijkste oorzaken perinatale sterfte

De perinatale sterfte wordt voor minimaal 85% bepaald door vier oorzaken¹², te weten:

- **Vroeggeboorte <32 weken**

Aandeel sterfte: 58%. Van alle zwangerschappen eindigt 1.5% met een vroeggeboorte voor de 32^e week. Vrijwel alle kinderen die in 2007 extreem vroeg worden geboren, 22^o- 24^e weken, overlijden (tabel 2).

- **Ernstig aangeboren afwijking**

Aandeel sterfte: 16%. Van alle kinderen wordt 2.3% geboren met een ernstig aangeboren afwijking¹³.

- **Te laag geboortegewicht in vergelijking met de zwangerschapsduur**

Aandeel sterfte: 9%. Het te lage geboortegewicht (<p10) wordt per definitie bepaald door de 10% kinderen met het laagste geboortegewicht voor de zwangerschapsduur¹².

- **Zuurstoftekort tijdens de geboorte (perinatale asfyxie)**

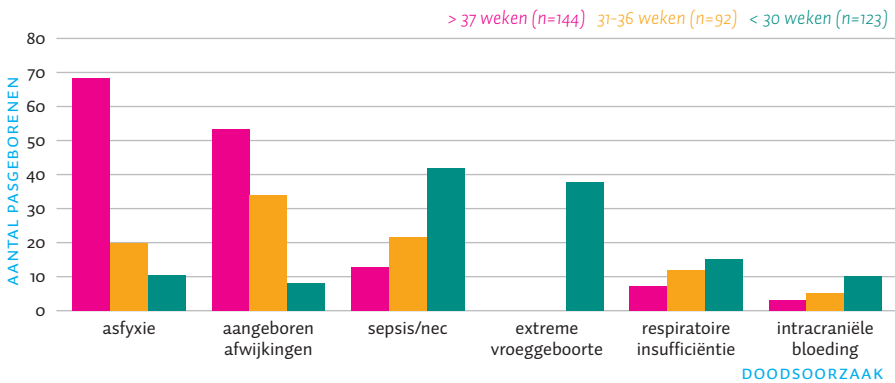
Aandeel sterfte: 6%. Van alle kinderen wordt 0.3% geboren met een Apgarscore van <4 na vijf minuten¹⁴.

Cumulatie van deze oorzaken verhoogt de sterftetekans aanzienlijk. Op grond van de Nederlandse signalementsstudie¹² blijkt dat het verloskundig systeem onvoldoende in staat is deze vier oorzaken tijdig op te sporen dan wel te voorkomen.

Om de oorzaken van (foetale) sterfte vast te stellen, is specifiek en gestandaardiseerd onderzoek van placenta en kind nodig. Uit het zogenoemde ZOBAS-onderzoek^{15,16} blijkt dat bij ongeveer tweederde van de sterftegevallen vóór de geboorte sprake was van placentaproblematiek. Bij 23% van de kinderen was de oorzaak onbekend¹⁷. Hoe later in de zwangerschap, hoe vaker de oorzaak van de foetale sterfte onbekend is¹⁸.

Onderzoek naar de oorzaken van sterfte onder pasgeborenen tot en met de leeftijd van twee maanden opgenomen op een neonatale intensive care unit (verder: NICU), geeft het volgende beeld: zuurstoftekort tijdens de geboorte (27%), ernstig aangeboren afwijkingen (26%), sepsis (infecties) (21%), extreme vroeggeboorte (<27 weken) (12%), respiratoire insufficiëntie (ademhalingsproblemen) (9%) en intracranieële bloeding (onder andere hersenbloeding) (5%)¹⁹. Zie figuur 3.

De overlevingskans van kinderen die ter wereld komen na een zwangerschapsduur van <32 weken is de laatste decennia sterk verbeterd. De sterfte bij levend geboren kinderen in deze groep daalde van ca. 30% (1983) tot ca. 11% in de jaren negentig²⁰. Dit heeft onder andere te maken met de toegenomen opnamecapaciteit van pasgeborenen op NICU's. Verwijzing van de zwangere vrouw voor de geboorte van het kind naar een ziekenhuis met een NICU-afdeling, speelt daarbij een grote rol^{21,22,38}.



Figuur 3 Belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen die binnen twee maanden na de geboorte overlijden op een NICU (okt 2005 - sept 2006) / Bron: E. Verhagen, 2009¹⁹

Gevolgen van perinatale problemen voor het kind

Zowel te vroeg als op tijd geboren kinderen die neonatale intensieve zorg nodig hebben gehad, vertonen een verhoogd risico op ontwikkelingsstoornissen.

Van de vroeggeboren kinderen (<32 weken) heeft 40% op tweejarige leeftijd een mentale en/of motorische achterstand²³. Sommige van deze kinderen krijgen op de basisschool leerproblemen die soms gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld gedragstoornissen, ADHD, autisme en psychiatrische ziektebeelden. Bovendien kan door problemen rond de geboorte en de opname op een NICU een verstoring van de ouder-kindrelatie optreden die zich uit in hechtings- en opvoedingsproblemen.

Op tijd geboren kinderen met een groeiachterstand hebben in vergelijking met kinderen met een normaal geboortegewicht, een verhoogde kans op milde tot matige leerproblemen en lagere intellectuele capaciteiten op jong volwassen leeftijd. Kinderen met een groeiachterstand gecombineerd met vroeggeboorte vertonen meer complexe neurologische en ontwikkelingsstoornissen²⁴. Intra-uteriene (in de baarmoeder) groeiachterstand wordt ook geassocieerd met hart- en vaatziekten en diabetes op volwassen leeftijd²⁵.

Van de op tijd geboren kinderen hebben de kinderen met een milde vorm van zuurstoftekort rond de geboorte een goede prognose. Bij matig zuurstoftekort is de uitkomst variabel met verhoogd risico op hyperactiviteit, autisme en leerproblemen. De kinderen met een ernstige vorm van zuurstoftekort rond de geboorte vertonen vooral een slechte intellectuele, neuropsychologische en motorische ontwikkeling^{26,27}.

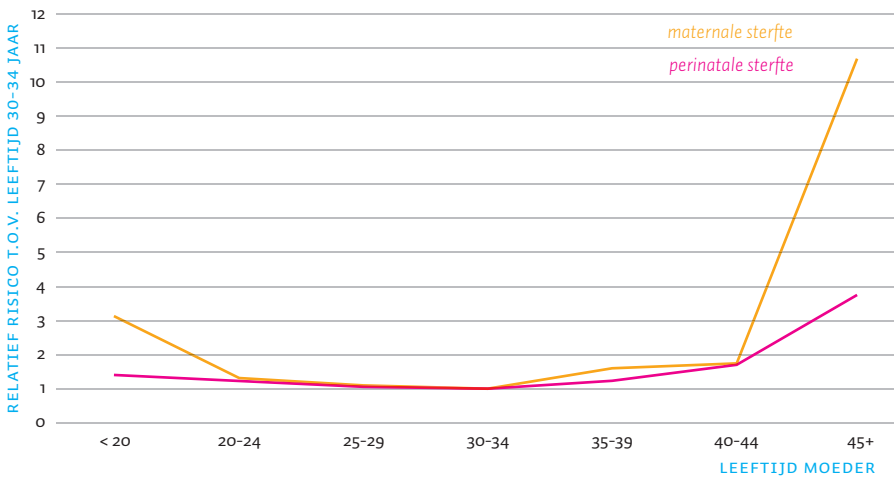
Uit onderzoek waarin kinderen langdurig zijn gevolgd²⁸ komt naar voren dat 12.6% van de kinderen geboren vóór 32 weken en/of onder de 1500 gram, op jongvolwassen leeftijd matige tot ernstige cognitieve stoornissen heeft. Bij deze kinderen komen ook problemen op het gebied van gezichtsvermogen, gehoor en motoriek voor. Op de leeftijd van 19 jaar hadden deze jongeren (in vergelijking met de normale bevolking) twee keer vaker weinig opleiding genoten, drie keer vaker geen baan of volgden zij geen onderwijs meer²⁹.

2.3 Risicofactoren perinatale sterfte

Medisch-biologische risicofactoren bij de moeder

Van een aantal medisch biologische factoren bij de moeder is bekend dat ze het risico op een slechtere uitkomst van de zwangerschap beïnvloeden:

- Leeftijd van de moeder: er is meer risico bij tienerzwangerschappen en aanzienlijk meer risico bij oudere moeders (figuur 4). Echter, de bijdrage aan de totale perinatale sterfte is gering.



Figuur 4 Relatief risico op sterfte gerelateerd aan leeftijd moeder^{6,30}

- Pariteit: het eerste kind en vanaf het vierde kind geeft verhoogd risico.
- Meerlingzwangerschap: dit komt vaker voor bij oudere moeders en bij toepassing van reproductieve technieken (IVF en ICSI).
- Etniciteit: de perinatale sterfte bij niet-westerse allochtonen ligt bijna 30% hoger dan het landelijk gemiddelde³¹; dit speelt met name bij Antilliaanse, Arubaanse en Surinaamse vrouwen³².
- Ziekte: een aanzienlijk deel van de zwangeren heeft te maken met onderliggend chronisch lijden zoals hoge bloeddruk, ernstig overgewicht, diabetes, psychopathologie met daaraan gerelateerd gebruik van medicijnen.
- Erfelijke aanleg: mogelijk verhoogde kans op aangeboren afwijkingen.

NB Consanguïniteit (bloedverwantschap) wordt soms aangemerkt als oorzaak van de verschillen in perinatale sterfte tussen autochtone en niet-westerse allochtone groepen. Hoewel consanguïne huwelijken bij niet-westerse allochtone groepen in Nederland vaker voorkomen en deze het risico op aangeboren afwijkingen verhogen, is het effect van consanguïniteit op de Nederlandse perinatale sterfte te verwaarlozen^{33,34}.

Gedragserelateerde risicofactoren bij de moeder

Diverse gedragsfactoren gerelateerd aan de aanstaande moeder, kunnen als risico voor moeder en kind worden aangemerkt. Met name leefstijl, seksualiteit en relaties zijn van belang.

Leefstijl

Nederlandse zwangeren kennen een relatief ongezonde leefstijl ten opzichte van zwangere vrouwen in veel andere Europese landen. Zo rookt naar schatting 14% van de zwangeren³⁵, ondanks het antirookbeleid van de overheid. Ongeveer 50% van de zwangeren drinkt regelmatig alcoholhoudende dranken en een onbekend aantal gebruikt drugs. Daarnaast zijn slechte voedingsgewoonten en te weinig bewegen aan de orde bij de zwangere bevolking. Een deel van hen kampt met ernstig overgewicht.

Seksualiteit en relaties

Internationale schattingen geven aan dat huiselijk of andere geweld richting de zwangere nogal eens voorkomt. Van de zwangeren kent 11,2% een voorgeschiedenis met seksueel geweld³⁶. Van elke duizend Nederlandse vrouwen raken er acht zwanger na seksueel geweld, dat wil zeggen na incest of verkrachting³⁷.

Ongeveer de helft van de Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdiaanse zwangeren in Rotterdam is alleenstaand. Van de Nederlandse zwangeren is 7,8% alleenstaand, van Marokkaanse zwangeren 3,3 % en van de Turkse zwangeren 5,4 %³³.

Omgeving

De gezondheid van de zwangere en haar kind is mede afhankelijk van de wisselwerking met de omgeving. Gezondheidsrisico's voor moeder en kind kunnen voortkomen uit de fysieke omgeving (bijvoorbeeld lawaai, luchtverontreiniging) en de sociale omgeving (bijvoorbeeld sociale relaties, werkbelasting, sociaaleconomische status). Deze risico's zijn vaak nauw met elkaar verweven.

Sociale relaties zijn zowel een voorwaarde voor gezondheid als een mogelijke bron van gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld in de vorm van psychosociale stress. Er zijn aanwijzingen dat veel zwangeren tot vlak voor de bevalling doorwerken; dit speelt met name bij hoog opgeleide vrouwen. De werkbelasting kan daarbij zowel fysiek als mentaal hoog zijn met stress voor aanstaande moeder en kind tot gevolg. De relatief beperkte zwangerschapsverlofregelingen hebben hier ook invloed op.

Een lage sociaaleconomische status gaat gepaard met verhoogde risico's voor moeder en kind. Zij leven vaak in achterstandssituaties waar zich soms ook nog andere risico's voordoen. Bijvoorbeeld een slechte kwaliteit van woningen, verhoogde agressie, al dan niet gecombineerd

met gebrek aan veiligheid of slecht milieu. Cumulatie van deze risico's leidt tot nog minder goede kansen voor moeder en kind. De aanzienlijke verschillen in perinatale sterfte binnen en tussen de steden (tabel 3), maar ook tussen regio's in het land, illustreren dit. In een paar achterstandswijken is de perinatale sterfte boven de 20‰.

| | Niet achterstandswijk ‰ | Achterstandswijk ‰ |
|------------------|-------------------------|--------------------|
| Amsterdam | 8.1 | 13.3 |
| Rotterdam | 10.7 | 12.3 |
| Den Haag | 10.7 | 17.5 |
| Utrecht | 11.0 | 14.4 |
| Nederland totaal | 9.3 | 13.5 |

Tabel 3 Perinatale sterfte per 1000 geboren in (niet-) achterstandswijken van de vier grote steden vergeleken met perinatale sterfte in Nederland (2002-2006) ³⁹

Van belang is te beseffen dat bij iedere zwangerschap meerdere risico's zich kunnen voordoen, zowel medisch-biologisch, gedrag- of omgeving-gerelateerd. Stapeling van dit soort risico's maakt een goed overzicht en coördinatie van zorg essentieel.

2.4 Preventie en zorg

Perinatale preventie en zorg kunnen de uitkomst van de zwangerschap en de levenskansen van de pasgeborenen en hun moeders sterk verbeteren.

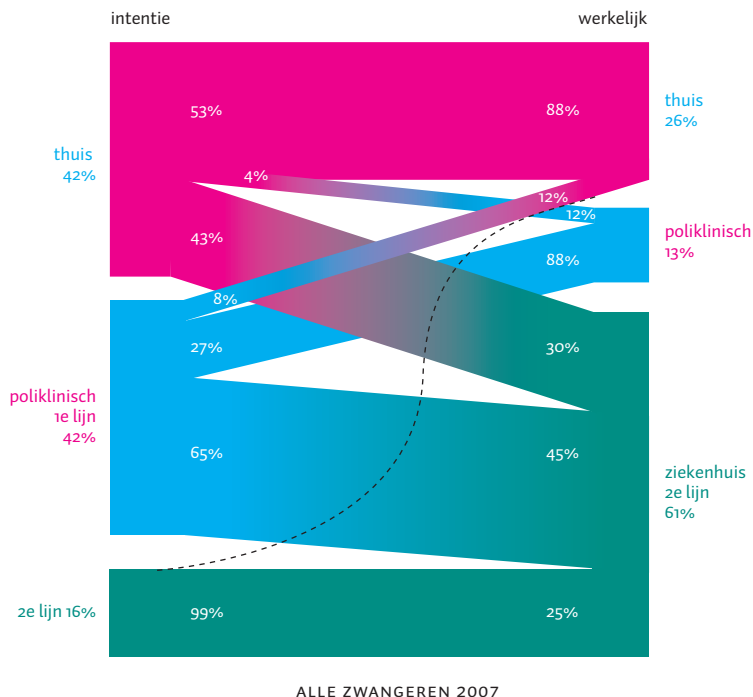
Preventie in de perinatale zorg richt zich op ziektepreventie (bijvoorbeeld door prenatale en neonatale screening en vaccinatie van pasgeborenen) en gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld voorlichting over stoppen met roken, vermijden overgewicht). Het tijdig starten van preconceptiezorg, regelmatige controles van de zwangere, het tijdig en juist herkennen van mogelijke complicaties, een goede baringsbegeleiding en kraamzorg zijn essentieel om de aanstaande moeder en haar nog ongeboren kind in goede gezondheid door de zwangerschap te leiden. Dit begint al vóór de zwangerschap.

Het verloskundig zorgsysteem bestaat uit eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Uniek daarin is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige en de professionele kraamzorg. In vergelijking met andere Europese landen is het aantal thuisbevellingen in Nederland hoog.

Risicoselectie

Het verloskundig systeem is gebaseerd op risicoselectie. Voor iedere gezonde zwangere begint de zorg in principe in de eerste lijn onder begeleiding van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Als haar situatie niet verandert, blijft de zwangere in de eerste lijn. Voor een zwangere met een verhoogd risico geldt dat haar begeleiding start bij of wordt overgedragen aan de gynaecoloog in de tweede of derde lijn. De perinatale sterfte van zwangerschappen in de eerste lijn is duidelijk lager dan in de tweede lijn ^{40,41,42}. Deze uitkomst ondersteunt het systeem van risicoselectie.

Het aantal overdrachten tussen professionals tussen en binnen de lijnen is groot. Ruim 80% van alle zwangeren heeft op enig moment tijdens de zwangerschap te maken met meerdere medische professionals. Dit percentage neemt in de loop van de zwangerschap toe. Een deel van de overdrachten is electief, een deel is acuut ^{10C,41,44}. Met name in de acute overdracht zit een toegenomen risico voor moeder en kind.



Figuur 5 Plaats van bevalling: van intentie naar werkelijkheid bij een voldragen eenlingzwangerschap in 2007
Bron PRN: gekoppelde bestanden LVR 1 en LVR 2 ⁴⁵

Het stroomdiagram (figuur 5) laat zien dat er een aanzienlijk verschil bestaat tussen de oorspronkelijke intentie en de daadwerkelijke locatie van bevallen. Er is een aanzienlijk verschil tussen primi parae (eerste kind) en multi parae (vanaf tweede kind): van de primi parae wordt in 2007 tijdens de bevalling 42% doorverwezen naar de tweede lijn en van de multi parae 13%.

Knelpunten rond de zwangere

Een deel van de zwangeren is onvoldoende bekend met of maakt onvoldoende gebruik van de verloskundige zorg. Uit onderzoek in Amsterdam⁴⁶ blijkt dat bijna 95% van de Nederlandse en anders-westerse zwangeren vóór de 18^e zwangerschapsweek een eerste zwangerschapscontrole heeft gehad. Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse vrouwen melden zich later. Ghanese vrouwen melden zich gemiddeld het laatst (12% na de 24^e week). Jonge leeftijd, slechte taalbeheersing, lage opleiding (minder dan vijf jaar onderwijs), hoog kindertal, ongeplande zwangerschap en het niet blij zijn met de zwangerschap zijn redenen waarom vrouwen laat aankloppen bij een verloskundige professional⁴⁷.

Tijdens de zwangerschap blijkt dat de zwangere zelf, ongeacht afkomst, onvoldoende geïnformeerd is over wanneer en bij welke symptomen zij contact moet opnemen met haar verloskundige professional. Dat betekent dat vrouwen bijvoorbeeld te laat contact opnemen bij verminderd leven voelen of hoofdpijn⁴⁸. Allochtone vrouwen blijken minder vaak gebruik te maken van kraamzorg. Dat komt doordat zij vaak onbekend zijn met de signalerende en voorlichtende rol van een kraamverzorgende^{49,50}.

Knelpunten rond de professionals

In 25-30% van alle gevallen van perinatale sterfte blijkt er een mogelijke (of soms waarschijnlijke) relatie te bestaan tussen de sterfte en sub-standaard factoren^{54,55,56,57}. Invoering van een perinatale audit in Engeland, Wales en Noorwegen heeft destijds geleid tot betere samenwerking binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte⁵⁸. Sinds de invoering van de perinatale audit in Noorwegen is naast een betere samenwerking, halvering van perinatale sterfte en hogere kwaliteit geconstateerd⁵⁹.

De verschillende professionals ontwikkelen weliswaar ieder hun eigen kwaliteitssysteem in de vorm van richtlijnen, indicatoren en visitaties (KNOV, NVOG, NHG, NVK, NVA, V&VN, NBVK, Sting, ActiZ en BTN). Maar deze kwaliteitssystemen zijn nog onvoldoende op elkaar afgestemd. Ook toezichhouders en verzekeraars ontwikkelen hun eigen kwaliteitscriteria.

Knelpunten rond de zorg

Het perinatale zorgaanbod lijkt voldoende als we kijken naar de spreiding van ziekenhuizen over het land⁶¹. In perifere gebieden is echter een probleem ontstaan rondom de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. Bijna 100.000 mensen wonen op meer dan dertig minuten afstand per privé-auto van een spoedeisende hulp-afdeling in een ziekenhuis. Dit betekent

een toegenomen risico op perinatale sterfte⁴³. Het gaat vooral om relatief afgelegen gebieden zoals de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duiveland, de Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen⁵².

Voor ambulances geldt dat zij na melding van een acute situatie de zwangere binnen 45 minuten in een ziekenhuis moeten kunnen afleveren⁵³. In 95% van de acute situaties en voor 97% van de Nederlandse bevolking zou de ambulance binnen 15 minuten bij de vrouw moeten kunnen zijn. In 2008 bleek dit voor 92% van de acute situaties gerealiseerd. Tegelijkertijd staat de bereidheid van verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen en anesthesiologen om in de genoemde perifere gebieden te werken, door allerlei sociale ontwikkelingen onder druk.

2.5 Nederland ten opzichte van andere EU-landen

In vergelijking met de meeste andere EU-landen laten de risicofactoren voor perinatale sterfte in Nederland een aantal ongunstige ontwikkelingen zien^{9,60,61,62}:

- meer oudere moeders: met een gemiddelde leeftijd van 29.4 jaar bij geboorte van het eerste kind (in 2007) staat Nederland binnen Europa bovenaan;
- groter aantal meerlingzwangerschappen: dit hangt samen met een hogere leeftijd van de moeder en de daaraan gerelateerde vruchtbaarheidsbehandelingen zoals hormoonstimulatie, IVF en ICSI;
- groter aandeel van zwangeren van niet-westerse afkomst;
- meer roken tijdens de zwangerschap.

Daarentegen kent Nederland weinig zwangeren jonger dan 20 jaar. Oost-Europese landen hebben in het algemeen een hoger aantal tienerzwangerschappen dan de West-Europese landen (met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk).

In vergelijking met de andere Europese landen vallen in Nederland twee aspecten van de perinatale zorg op: het prenatale screeningsbeleid en de zorg voor zeer vroeg geboren pasgeborenen.

Sinds 1 januari 2007 wordt aan alle zwangeren in Nederland informatie over prenatale screening aangeboden. Het gaat daarbij om screening op Downsyndroom met de combinatie-test (CT) bij twaalf weken op eigen kosten voor vrouwen tot 36 jaar, en de screening op anatomische afwijkingen van de foetus door Structureel Echoscopisch onderzoek (SEO) bij twintig weken dat vergoed wordt uit het basispakket. Als vrouwen geïnformeerd willen worden, volgt een counselinggesprek en daarna indien gewenst de screening. In 2008 nam 20-25% van alle zwangeren deel aan de CT en 75-80% aan het SEO⁶⁴.

Keuzes zoals zwangerschapsafbreking bij een gevonden afwijking na prenatale screening kunnen de perinatale sterftcijfers beïnvloeden. Niet in alle landen wordt zwangerschapsafbreking vóór 24 weken geregistreerd als sterfte rond de geboorte⁶⁵. Hierdoor kan een vertekend beeld ontstaan en vallen de Nederlandse getallen hoger uit.

Het tweede verschil is de opvang van zeer vroeg geboren kinderen. Gynaecologen en kinderartsen in Nederland voeren in vergelijking met Europese collega's een terughoudend beleid bij kinderen die geboren worden op de grens van levensvatbaarheid⁶⁶.

2.6 Beschouwing

Op basis van deze analyse op hoofdlijnen van beschikbaar onderzoeksmateriaal en op basis van de ervaring van zeventig professionals heeft de Stuurgroep het volgende geconstateerd.

Zwangerschap is niet zonder risico

De feiten laten zien dat de kans op maternale sterfte en morbiditeit het grootst is voor de oudere vrouw en de vrouw met een niet-westerse achtergrond. De kans op perinatale sterfte en ziekte van het kind (met grote gevolgen op latere leeftijd), is het hoogst bij vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen, een laag geboortegewicht en/of zuurstofgebrek bij de geboorte. De onderliggende risico's voor perinatale sterfte en morbiditeit van het kind doen zich vooral voor bij zwangeren die voor het eerst bevallen, zwangeren met een niet-westerse achtergrond, zwangeren met een onderliggende ziekte en zwangeren die een ongezonde leefstijl hebben (vooral roken, drinken en slechte voedingsgewoonten). Deze risico's cumuleren met name bij zwangeren in een achterstandssituatie.

De zorg reageert wisselend op deze problemen. Enerzijds krijgen gezondheidsvoorlichting en preventie weinig aandacht en worden doelgroepen onvoldoende bereikt. Anderzijds zijn enkele veranderingen ingevoerd die mogelijk een gunstige invloed hebben op de perinatale sterfte. Zo is het eerdere capaciteitstekort op de NICU's verminderd; is het beleid bij stuitligging gewijzigd; bij IVF/ICSI wordt vaker één embryo teruggeplaatst in plaats van meerdere, waardoor het aantal meerlingzwangerschappen is afgenomen; uit IGZ-onderzoek in 2007 blijkt dat de kwaliteit van de kraamzorg aanzienlijk is verbeterd⁶³.

Maar niet alle oorzaken zijn eenvoudig aan te pakken, zoals bijvoorbeeld groeivertraging van de foetus. Dit probleem is niet altijd eenvoudig te detecteren en kent nog geen goede behandeling.

Onderzoeksagenda

De Stuurgroep concludeert dat er aanzienlijke hiaten zijn in de kennis over de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het accent in het huidige onderzoek ligt sterk op de acute zorg. De eerste resultaten van de Perinatale Audit Nederland (verder: PAN) laten echter zien dat problemen veelal eerder optreden en vaker te maken hebben met de structuur, het functioneren en de prestaties van de zorg.

In Nederland wordt al wel onderzoek uitgevoerd op het terrein van zwangerschap en geboorte. Landelijke registraties zoals PRN en grote cohortstudies – zoals ABCD⁴⁶ in Amsterdam en GenerationR⁷⁰ in Rotterdam – leveren nieuwe en interessante inzichten op. Ook zijn nieuwe zorgstudies zoals DELIVER opgestart. Er is een wetenschappelijke agenda fysiologische verloskunde ontworpen, die zich mede richt op gezondheidsinterventies vroeg in de zwangerschap. Het verloskundig consortium⁷¹ (onderzoeksnetwerk tweede en derde lijn) heeft diverse studies afgerond zoals de HYPITAT en de DIGITAT. Er is een kindergeneeskundige onderzoeksagenda perinatale zorg beschikbaar waarbij de focus niet alleen op het verlagen van de perinatale sterfte ligt, maar ook op een vermindering van de morbiditeit bij kinderen na een gecompliceerde zwangerschap en bevalling. Eind 2009 is de signalementstudie¹² rond perinatale gezondheid en zorg afgerond. De Gezondheidsraad is voornemens in 2010 aandacht te schenken aan de stand van de wetenschap rond perinatale sterfte en daaraan gerelateerde volksgezondheidsproblemen. Al deze initiatieven helpen om onderzoeksprioriteiten te stellen, de behoefte aan protocollen te identificeren en zorg beter te plannen.

Maatschappelijke ontwikkelingen en hun gevolgen

De Nederlandse samenleving verandert, zowel in samenstelling van de bevolking als in mentaliteit. Diversiteit is het sleutelwoord. Veel meer vrouwen volgen een studie of hebben een baan. Dit heeft bijvoorbeeld meer oudere aanstaande moeders tot gevolg. Daarnaast brengen westerse en niet-westerse allochtonen andere gebruiken en gewoonten rond zwangerschap en geboorte met zich mee. Tegelijkertijd is de burger mondiger geworden. Dit heeft voordelen, maar brengt soms ook risico's (IVF/eicel invriezen) met zich mee als het gaat om irreële verwachtingen. De zwangere verwacht echter ook uitsluiting van risico; zij stelt zich meer als mondige consument op en kijkt kritischer naar hoe professionals handelen.

Professionals hebben een zakelijker instelling gekregen. Regelgeving op het gebied van arbeidstijden en -omstandigheden hebben geleid tot een andere invulling van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Hierdoor is het aantal te werken uren aangepast. Het gebrek aan gestructureerde samenwerking van zorgaanbieders veroorzaakt meer fragmentatie en meer vrijblijvendheid in de zorg, ten koste van moeder en kind. Tegelijkertijd is in bepaalde regio's een concentratie van ziekenhuisvoorzieningen opgetreden. Al deze ontwikkelingen zetten de beschikbaarheid en bereikbaarheid, en dus de kwaliteit van zorg onder druk. Soms ontbreekt zorg zelfs, bijvoorbeeld wanneer een professional niet op tijd aanwezig is.

Andere zwangerenpopulatie leidt tot meer risico's en vereist andere zorg

Al met al leidt de veranderende samenleving tot zwangeren met andere karakteristieken, met soms meer en ernstiger risico's. Dit vereist meer 'zorg-op-maat' en meer intensieve zorg. Tegelijkertijd moet actiever worden gewerkt aan een gezondere start van de zwangerschap, met specifieke aandacht voor sociale factoren, leefstijl, aanpak van ziekten en een strakkere voorbereiding op de bevalling – juist om de risico's te beperken.

Er doet zich een spanningsveld voor tussen:

- enerzijds meer risico's bij de zwangere en haar kind waarvoor meer preventie en zorg nodig is;
- anderzijds minder beschikbaarheid en bereikbaarheid en onvoldoende gestructureerde samenwerking van zorgaanbieders, met daarnaast een concentratie van ziekenhuisvoorzieningen.

Op alle fronten wordt een steviger kwaliteitsbeleid en een betere organisatie van zorg gevraagd. Het moet beter. Echter, niet aan alle factoren kan iets worden veranderd. De Stuurgroep heeft gekozen voor focus op inhoud, met de nadruk op preventie en zorg. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen wat haalbaar en uitvoerbaar is op korte (2010) of middellange termijn(2012).

The background is a solid teal color with a pattern of thin, white, curved lines that intersect to form various shapes, including circles and arcs. The lines are thin and light in color, creating a subtle geometric pattern.

3_ visie

Dit advies geeft aan hoe de Stuurgroep wil dat we in Nederland met elkaar de komende jaren verder gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte.

De Stuurgroep wil:

- ‘zorg-op-maat’ voor alle zwangeren, toegespitst op de individuele behoeften en omstandigheden van elke zwangere;
- een in alle fasen van de zwangerschap goed geïnformeerde zwangere;
- een proactief, anticiperend beleid rond zwangerschap en geboorte;
- zorg die goed georganiseerd is, zichtbaar is en transparant;
- zorg die gegarandeerd op ieder moment kwaliteit en veiligheid biedt voor moeder en (ongeboren) kind;
- zorg die voorbereid is op de toekomst;
- zorg die niet enkel een zwangere behandelt wanneer zij ziek is, maar vooral werkt aan het bevorderen van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

De Stuurgroep heeft de ambitie iedereen in Nederland de beste zorg rond zwangerschap en geboorte te geven, waarbij (vermijdbare) calamiteiten tot een minimum worden beperkt.

De basis voor goede zorg rond zwangerschap en geboorte is in Nederland zonder meer aanwezig. Op een aantal punten is verbetering echter noodzakelijk (zie hoofdstuk 2) om adequaat te kunnen reageren; niet alleen op de veranderende zwangerenpopulatie, maar ook op de toegenomen risico's.

Onder de 'zorg rond zwangerschap en geboorte' verstaat de Stuurgroep alle zorg, aangeboden door professionals*, organisaties en instellingen, die gericht is op een optimale uitkomst van conceptie, zwangerschap, geboorte, kraamperiode en latere gezondheid van moeder en kind.

Tot aan de jaren tachtig van de vorige eeuw spitste de zorg rond zwangerschap en geboorte zich toe op natuurlijk bevallen in de thuissituatie. In de jaren negentig veranderde dit en werd deze zorg een meer medisch-technische aangelegenheid. Hierdoor ontstond een scherpere scheiding tussen het denken van eerstelijns en tweedelijns professionals. Mede daardoor belandden de belangen van moeder en (ongeboren) kind te veel op de achtergrond. De Stuurgroep vindt dat de fysiologische benadering en de meer op medische risico's gerichte benadering van zwangerschap en geboorte, opnieuw met elkaar in balans moeten worden gebracht.

* De professionals direct betrokken bij de verloskundige zorg betreffen de medische professionals (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, anesthesiologen en reguliere huisartsen) en overige professionals (kraamverzorgenden en O&G-verpleegkundigen).

3.1 Moeder en kind in de hoofdrol

Hoewel dit klinkt als een open deur, vindt de Stuurgroep dat de zorg rond zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. De professionals zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind. Zij moeten nog meer rekening houden met verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en met haar medische en sociale risico's. Vanzelfsprekend heeft de zwangere ook een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en zo veilig mogelijk in te vullen.

Om moeder en kind in de hoofdrol te kunnen plaatsen moet er beter worden geluisterd naar de ervaringen van de zwangere. Mede op basis daarvan moeten verdere verbeteringen worden doorgevoerd. Op deze manier wordt de zorg rond zwangerschap en geboorte gebaseerd op een luisterende en lerende organisatie.

3.2 Kanteling

'Gezond oud worden begint al in de baarmoeder!' De Stuurgroep vindt dat deze boodschap bij iedereen in Nederland bekend moet zijn, zowel via collectieve algemene voorlichting als via preconceptiezorg. Dit betekent dat iedereen vroegtijdig basiskennis moet hebben over onderwerpen als het menselijk lichaam, seksualiteit en relaties, zelfbeschikking en vrouwenrechten, gezonde leefstijl en de wijze waarop de zorg functioneert. Meer aandacht voor deze thema's, nog voordat iemand überhaupt een kinderwens heeft, vergroot de kans dat meer vrouwen gezond aan hun zwangerschap beginnen.

Dit vergt wel een kanteling van een reactieve benadering naar een meer proactief beleid rond zwangerschap en geboorte, gericht op het welzijn van moeder en kind. Oftewel: vooraf de condities voor een gezonde zwangerschap optimaliseren en risico's tijdig inschatten, in plaats van een afwachterende houding aannemen.

Achterstandssituaties

Deze kanteling is het meest noodzakelijk voor vrouwen woonachtig in achterstandswijken, vrouwen van niet-westerse afkomst en vrouwen met een lage sociaaleconomische status (verder: achterstandssituaties). Deze vrouwen lopen de meeste risico's, leven meer geïsoleerd, zijn minder mondig en zijn meer afhankelijk van anderen uit hun directe omgeving voor hulp. Zij hebben een grotere behoefte aan zorg en doen ook een groter beroep op de zorg. De gepresenteerde problemen zijn complex en hebben vaak een sociale component. Bovendien compliceren taal- en culturele verschillen de zorgverlening.

De uitdaging in deze situatie is alle vrouwen en hun (eventuele) partners te bereiken. Dit vergt extra inspanning. Belangrijk is dat vrouwen actief worden benaderd, dichtbij hun dagelijkse leven. Vindplaatsen zijn bijvoorbeeld: scholen, buurthuizen, voedselbank, moskeeën, bibliotheken, sportclubs, gezondheidscentra en festivals. De Stuurgroep vindt dat naast de reguliere professionals uit de zorg rond zwangerschap en geboorte, ook contactpersonen uit het eigen sociale netwerk van de doelgroep als intermediair moeten fungeren.

3.3 Gezonde en veilige zwangerschap, bevalling en kraamperiode

De Stuurgroep vindt dat iedere zwangere recht heeft op een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Daarbij gelden twee speerpunten: meer systematische prenatale voorlichting (met eenzelfde door iedere professional uitgedragen boodschap) en adequate risicosignalering en risicoselectie (met meer transparantie voor iedereen).

Een korte toelichting op deze twee speerpunten:

Systematische prenatale voorlichting

De Stuurgroep wil dat door duidelijke en eerlijke prenatale voorlichting de zwangere en haar (eventuele) partner goed voorbereid zijn op dat wat komen gaat. Dit houdt in het managen van de verwachtingen van de aanstaande moeder, door haar optimaal en uniform te informeren over de (on)mogelijkheden, kansen en risico's ten aanzien van haar zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Deze voorlichting bevat naast het medisch perspectief ook het ervaringsperspectief. Aandachtspunten die in ieder geval aan bod moeten komen in de prenatale voorlichting zijn:

- de eigen verantwoordelijkheid van de aanstaande moeder en haar (eventuele) partner;
- de ontwikkeling van de individuele zwangerschap;
- de mogelijke risico's die zich kunnen voordoen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode;
- het belang van een gezonde leefstijl;
- nut en noodzaak van routine bloedonderzoek naar infectieziekten en bloedgroep;
- mogelijkheden prenatale screening (CT EN SEO);
- diverse scenario's van het verloop van de bevalling en de kans op verwijzing;
- pijnbeleving tijdens de bevalling en de mogelijkheden tot pijnbehandeling;
- locatie van bevallen;
- nut en noodzaak van kraamzorg;
- borstvoeding;
- aanstaand ouderschap.

Risicosignalering en risicoselectie

De Stuurgroep vindt het tijdig signaleren en inschatten van risico's essentieel voor een zo optimaal mogelijke 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. Alle beroepsgroepen bepalen gezamenlijk welke risico's dit precies zijn en welke interventie daarop moet volgen. Deze worden vastgelegd in het Verloskundig Vademecum.

Signalering van risico's geldt voor alle fasen rondom de zwangerschap. Preconceptiezorg speelt hierin een belangrijke rol. Dit geeft al in een vroeg stadium inzicht in een aantal mogelijke risico's. De vrouw met een kinderwens en/of de begeleidend professional kan dan vroegtijdig actie ondernemen. Maar ook gedurende de zwangerschap, tijdens of na de bevalling kunnen zich nieuwe of veranderende risico's voordoen die aanvullende interventies vergen. Dit geldt zowel voor vrouwen die worden begeleid door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts (laagrisicozwangerschappen), als door een gynaecoloog (hoogrisicozwangerschappen).

Op ieder moment tijdens de zwangerschap, bevalling of de kraamperiode kan een acute situatie ontstaan die een snelle overdracht naar een ziekenhuis vergt. Iedere zwangere moet

er op kunnen vertrouwen dat alle betrokken professionals uit de eerste, tweede en derde lijn optimaal samenwerken en snel handelen mogelijk maken.

Samenvattend

Deze twee speerpunten vragen nieuwe instrumenten in een beter georganiseerde zorg rond zwangerschap en geboorte, die onder strakke regie en met alle professionals wordt uitgevoerd. De Stuurgroep vindt het noodzakelijk dat er voor zwangeren in achterstandssituaties extra aandacht en maatwerk komt, omdat de perinatale sterfte en morbiditeit in deze groep hoog is.

Hoewel de medische behoeften van zwangeren in achterstandssituaties niet wezenlijk anders zijn dan die van andere vrouwen, stelt het blootleggen van en beantwoorden aan deze behoeften specifieke eisen aan de professionals en aan het eigen sociale netwerk van de zwangere.

3.4 Kwaliteitsbeleid

De Stuurgroep vindt dat de professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte zich meer moeten committeren aan een gezamenlijk kwaliteitsbeleid. Zowel op medisch als op (psycho)sociaal gebied moet de zorg voor moeder en kind door alle professionals voldoen aan vooraf vastgestelde en achteraf toetsbare multidisciplinaire normen. De kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt uiteindelijk bepaald door te behouden wat werkt en tegelijkertijd af te schaffen of te verbeteren wat niet goed werkt.

Kwaliteitszorg laat zich het beste omschrijven als: 'het doen van de juiste handeling, op de juiste tijd, op de juiste wijze door de juiste persoon, met het best mogelijke resultaat'. Kwaliteitsbeoordelingen besteden aandacht aan de vraag of de handelingen die zijn verricht in overeenstemming zijn met de huidige professionele inzichten. Daarnaast gaan kwaliteitsbeoordelingen over de vraag of de zorg die uitkomsten oplevert die redelijkerwijs mochten worden verwacht. Hierbij wordt rekening gehouden met de verwachtingen van de individuele vrouw, de professionals en beleidsmakers. Bij de meting van prestaties wordt gekeken naar toegang, kwaliteit en veiligheid, effectiviteit en kosten van de zorg.

Het huidige kwaliteitsbeleid in de zorg rond zwangerschap en geboorte kent al een aantal belangrijke en systematisch doorgevoerde elementen. Belangrijke pijlers van dit beleid zijn een formeel vastgesteld basistakenpakket en de inhoud van de opleiding van de diverse beroepsgroepen. Landelijke richtlijnen en protocollen vormen de kern van het kwaliteitsbeleid van de verschillende professionals, maar de uitdaging is om op korte termijn gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen te ontwikkelen en te implementeren. Vervolgens kan toetsing en evaluatie van de zorg plaatsvinden aan de hand van landelijk vastgestelde indicatoren en de perinatale audit.

De Stuurgroep constateert dat er steeds meer sprake is van een gezamenlijke inspanning voor een kwaliteitsbeleid perinatale zorg. Dit verdient een krachtig vervolg, waarbij de afzonderlijke beroepsbelangen niet mogen interfereren met de kwaliteit van zorg.

3.5 Samen verantwoordelijk

De professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte zijn samen verantwoordelijk om de zwangere en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden.

De Stuurgroep vindt dat een meer gestructureerde en naadloze samenwerking nodig is zonder schotten, in plaats van de huidige gefragmenteerde zorg. Een papieren samenwerking alleen is niet genoeg. Samenwerking vergt organiseren, vastleggen, elkaar er aan houden en verantwoorden. Op korte termijn moet daartoe een cliëntvolgend Perinataal Webbased Dossier (verder: PWD) worden ontwikkeld waarmee professionals hun onderlinge communicatie kunnen versterken. Door zowel medische gegevens als afspraken in het PWD op te nemen, kunnen overdrachtssituaties veiliger worden gemaakt.

De samenwerking moet niet langer afhankelijk zijn van de goede wil en inzet van individuele professionals of van hun onderlinge verstandhouding. De vaak in het oog springende vermeende conflicten tussen professionals uit de eerste lijn en het ziekenhuis, en binnen het ziekenhuis, behoren daarmee tot het verleden.

College Perinatale Zorg

Een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid van alle professionals met richtlijnen en protocollen mag geen theoretisch model blijven. Het moet zich vertalen in concrete acties om optimale zorg voor moeder en kind te garanderen. Daarvoor moeten er op regionaal en lokaal niveau samenwerkingsafspraken worden gemaakt, die door alle professionals worden onderschreven en nageleefd.

Om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid waar te maken is een onafhankelijk gezaghebbend orgaan noodzakelijk. De opdracht van dit 'College Perinatale Zorg' luidt:

1. Initieer en coördineer algemeen beleid ter bevordering van de zorg rond zwangerschap en geboorte.
2. Zorg dat landelijke multidisciplinaire richtlijnen, kaders en normen worden ontwikkeld en stel deze vast.
3. Zorg dat deze richtlijnen, kaders en normen regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd.

Het College houdt zich niet zo zeer bezig met de daadwerkelijke uitvoering van de zorg, maar is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden, kwaliteitsinstrumenten, monitoring en toetsing. Daarnaast stimuleert het College het gebruik van de gegevens uit de PRN (Perinatale Registratie Nederland) en de terugkoppeling van de uitkomsten van de PAN (Perinatale Audit Nederland) aan instellingen, professionals en zwangeren.

Het College Perinatale Zorg moet bestaan uit vertegenwoordigers van zwangeren, alle betrokken beroepsgroepen, de koepelverenigingen van zorgverzekeraars, ziekenhuizen en kraamzorginstellingen, en de overheid. Het is de continuering van de huidige Stuurgroep zwangerschap en geboorte, die met mandaat formeel sturing geeft aan de concrete implementatie van onderdelen van dit advies.

Verloskundig Samenwerkingsverband

De Stuurgroep is van mening dat overal in Nederland een Verloskundig Samenwerkingsverband (verder: vsv) actief moeten zijn. Een vsv bestaat uit alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren. Meestal wordt dit gebaseerd op het werkgebied van een ziekenhuis. Dus alle verloskundigen, verloskundige actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorginstellingen die in een bepaald gebied zorg leveren, maken deel uit van dat betreffende vsv. De Stuurgroep erkent dat er in Nederland tien perinatologische centra zijn die een ziekenhuisoverstijgende specifieke verantwoordelijkheid hebben in de bewaking van de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte.

De bestaande vsv-en hebben een belangrijke rol in de implementatie en uitvoering op lokaal niveau van de protocollen en kaders zoals vastgesteld door het College Perinatale Zorg.

De Stuurgroep wil daarom dat elke betrokken professional verplicht participeert in een vsv, met vier doelen:

1. afstemming realiseren en vertrouwen opbouwen en onderhouden tussen lokale en regionale professionals;
2. het regionaal implementeren en lokaal uitvoeren van de door het College Perinatale Zorg vastgestelde multidisciplinaire protocollen en kaders;
3. het voorkomen van zorgverleners-delay, door een vloeiende samenwerking tussen alle professionals;
4. het uitwisselen van informatie over iedere zwangere op basis van de intake, geboorteplan en cliëntvolgend PWD.

Om de vsv nuttig en doeltreffend te laten zijn voor alle deelnemers stelt de Stuurgroep een kerngroep voor ten aanzien van doel 4. Deze kerngroep bestaat uit verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen en kinderartsen (op indicatie). De kerngroep wisselt wekelijks informatie met elkaar uit over alle nieuwe zwangeren. De complete vsv komt maandelijks bijeen om uitwerking te geven aan de eerste drie doelen.

Tot slot

Het publiek moet erop kunnen vertrouwen dat rond zwangerschap en geboorte de beste zorg wordt geleverd. Een zorg waarin moeder en kind de hoofdrol spelen. Met samenwerking en regie als centrale waarden, die met goede (door alle professionals gedragen) uitgangpunten en helder gedefinieerde instrumenten in de praktijk worden gebracht. Dit is extra belangrijk voor kwetsbare momenten (avond-, nacht- en weekenduren) en kwetsbare zwangeren (uit achterstandssituaties).

De Stuurgroep is van mening dat alle perinatale professionals moeten samenwerken om een betere zorg rond zwangerschap en geboorte te bereiken. Oprechtheid, integriteit, transparantie, respect, gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en vooral de zwangere centraal, zijn hierbij sleutelbegrippen. Zorg op maat.

The background is a solid teal color. Overlaid on this are several thin white lines that form large, overlapping circles and arcs, creating a geometric pattern. The text is centered horizontally and vertically within the frame.

4_ making it happen

De Stuurgroep heeft concrete aanbevelingen geformuleerd om de geschetste verandering te realiseren zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Steeds is het hoofddoel de zorg rondom zwangerschap en geboorte in Nederland te verbeteren, zodat de vermijdbare maternale en perinatale sterfte en morbiditeit kunnen worden teruggedrongen en voor moeder en kind de best mogelijke gezondheid en kwaliteit van leven worden bereikt.

4.1 Gezond zwanger worden

De Stuurgroep wil dat er meer aandacht komt voor de periode voorafgaand aan de zwangerschap. In de visie is dit omschreven als 'kanteling'. Door vooraf risicofactoren zoveel mogelijk te beperken – en daarmee de omstandigheden rondom de conceptie, zwangerschap en geboorte te optimaliseren – wordt een zo goed mogelijke uitkomst van de zwangerschap bevorderd.

Iedereen in Nederland moet zich bewust zijn van het belang van een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving in relatie tot een toekomstige kinderwens. Basiskennis is essentieel: over hoe de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland is georganiseerd, en bij wie je als (partner van een) aanstaande zwangere terecht kunt met vragen. De vrouw moet, samen met haar (eventuele) partner, met voldoende kennis en de juiste houding ook zelf de regie nemen in deze belangrijke levensfase. Daarnaast moet ook de zorg in staat zijn te anticiperen op deze gewenste bewustwording.

De Stuurgroep is ervan overtuigd dat zonder voldoende aandacht voor de leefwereld van de individuele vrouw met een kinderwens, alle andere voorgestelde maatregelen om de kwaliteit van zorg rond zwangerschap en geboorte te verbeteren slechts in beperkte mate effectief zullen zijn. De wisselwerking tussen de medische en de meer sociale aspecten moet daarom meer aandacht krijgen. Hiervoor moet een landelijk, breed en toegankelijk programma van collectieve voorlichting en (individuele) preconceptiezorg worden opgezet.

Collectieve voorlichting

De Stuurgroep wil dat de overheid een standaard voorlichtingsprogramma ontwikkelt gericht op gezond en veilig zwanger worden. Iedereen in Nederland moet door dit programma worden bereikt, niet alleen vrouwen. Het voorlichtingsprogramma moet al vroeg beginnen, zowel op de basisschool als in de onderbouw van het voortgezet onderwijs.

Ook in het vervolg, passend bij de actuele levensfase, moet de informatie laagdrempelig en dichtbij het dagelijkse leven van de doelgroep worden aangeboden. Denk aan gezondheidscentra, buurtcentra, moeder-/vadercentra, maar ook aan moskeeën, bibliotheken of festivals. Mogelijke instrumenten zijn: lespakketten op school, campagnes via lokale en landelijke media en internet, een excursie naar een gezondheidscentrum of ziekenhuis, koffiebijeenkomsten, et cetera.

Preconceptiezorg bij kinderwens

Vanaf het moment dat een vrouw een kinderwens heeft, is het belangrijk om vroegtijdig de condities voor haar zwangerschap te optimaliseren. De Stuurgroep vindt preconceptiezorg hierin een belangrijk instrument.

De Stuurgroep volgt in grote lijnen de definitie van preconceptiezorg zoals de Gezondheidsraad deze formuleert: “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”⁷².

De Stuurgroep vindt de definitie van preconceptiezorg van het RIVM te beperkt⁷³. Het RIVM legt namelijk het accent op voorlichting en advies over hoe zwangeren zelf bepaalde risico's kunnen beïnvloeden door gedragsverandering en -aanpassing. De Stuurgroep is van mening dat preconceptiezorg meer is dan alleen gedragsverandering.

De Stuurgroep wil overigens benadrukken dat de doelgroep van preconceptiezorg niet alleen bestaat uit alle vrouwen in de fertiele fase. Ook hun (eventuele) partners moeten actief worden betrokken en geïnformeerd.

Er worden twee vormen van preconceptiezorg onderscheiden: collectief en individueel (onderverdeeld in algemene en specialistische zorg).

Collectieve preconceptiezorg: uniforme boodschap

De Stuurgroep vindt dat de voorlichting gericht op het kunnen maken van geïnformeerde keuzes, helder en eenduidig moet zijn. Landelijk moet een uniforme preconceptieboodschap worden bepaald die door alle professionals wordt uitgedragen. Een vrouw en haar (eventuele) partner moeten overal dezelfde basisinformatie over preconceptiezorg ontvangen of vinden, ongeacht waar zij deze informatie verkrijgen. Er hoeft niet zo zeer één landelijke uniforme

folder of website te zijn, maar de Stuurgroep vindt wel dat via alle verschillende kanalen (denk ook aan internetfora) dezelfde basisboodschap moet worden uitgedragen. Daarom is het ook belangrijk dat het een continue boodschap is en geen tijdelijke of eenmalige campagne. Immers, de doelgroep is aan verandering onderhevig, aangezien een vrouw en haar (eventuele) partner maar een beperkte periode geïnteresseerd zijn.

Deze uniforme preconceptieboodschap moet bestaan uit zowel medische als (psycho)sociale elementen. Dat betekent dat bij het opstellen van de boodschap naast de verloskundige professionals uit de eerste, tweede en derde lijn, ook de cliënten, psychosociaal deskundigen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, Erfocentrum, GG&D-en, Centra voor Jeugd en Gezin, et cetera betrokken moeten zijn. Daarbij wordt aangesloten bij reeds bestaande activiteiten.

De verantwoordelijkheid voor het formuleren van de preconceptieboodschap ligt bij het College Perinatale Zorg. Het College moet er ook voor zorgen dat deze boodschap landelijk wordt verspreid en daadwerkelijk bij de doelgroep terechtkomt.

Via de preconceptieboodschap wordt de aanstaande zwangere en haar (eventuele) partner tenminste gewezen op:

- de gevolgen van een ongezonde leefstijl (alcohol, drugs, tabak, obesitas, et cetera) voor de conceptie en voor de ontwikkeling van de vrucht;
- het belang van volledige vaccinatiestatus (dat de aanstaande zwangere in het verleden alle reguliere vaccinaties heeft ontvangen);
- de (on)mogelijkheden van zwangerschap bij een ziekte of onderliggend lijden;
- de mogelijke implicaties van het genetisch profiel van de aanstaande ouders.

Individuele Preconceptiezorg in de praktijk

De Stuurgroep kan zich vinden in de aanbeveling van de Gezondheidsraad dat er een landelijk programma individuele preconceptiezorg moet worden ingericht, naast het programma van collectieve voorlichting. Essentieel is dat de collectieve en individuele preconceptiezorg complementair zijn en elkaar versterken.

In hierna volgende kadertekst is beschreven uit welke stappen en elementen dit programma volgens de Stuurgroep tenminste moet bestaan. Het College Perinatale Zorg is de aangewezen instantie om hier op korte termijn uitvoering aan te geven.

Programma Individuele Preconceptiezorg

Stap 1

Een herkenbaar, laagdrempelig loket waar een vrouw en haar (eventuele) partner terecht kunnen met vragen rond de zwangerschapswens. Dit loket is zowel via internet toegankelijk als fysiek in de wijk (dichtbij de doelgroep), zoals bijvoorbeeld de Centra voor Jeugd en Gezin (verder: CJG's). Bestaande instrumenten als zwangerwijzer.nl en halloween.nl spelen hierin ook een belangrijke rol.

Stap 2

Algemene screening door middel van een doeltreffende vragenlijst (bijvoorbeeld via internet), om het preconceptieconsult voor te bereiden. In principe wordt dit verzorgd door de eerstelijns verloskundige of de (verloskundig actieve) huisarts. De verloskundigen en huisartsen maken hierover onderling afspraken om een zo groot mogelijk bereik te realiseren. Indien een vrouw al onder behandeling is van een gynaecoloog, kan ook deze het consult verzorgen.

Stap 3

Individueel algemeen preconceptieconsult bestaat uit:

- gezondheidsvoorlichting: voedingsadviezen, voorlichting over slikken foliumzuur, niet roken, geen alcohol nuttigen, het vermijden van intoxicaties, schadelijke medicijnen, bepaalde infecties, et cetera;
- voorlichting over nut en noodzaak van tijdige prenatale zorg en hoe deze zorg kan worden bereikt;
- voorlichting over mogelijkheden en beperkingen van prenatale screening en diagnostiek;
- uitgebreide anamnese met aandacht voor: de medische en verloskundige voorgeschiedenis, infecties, aangeboren aandoeningen, erfelijke ziekten in de familie, risico's in de werkomgeving, kwaliteit van de voeding, rookgedrag, medicijngebruik en gebruik van alcohol en drugs.

Resultaat is een preconceptieadvies dat door de vrouw en haar (eventuele) partner is begrepen, met duidelijke, op maat gemaakte afspraken voor het vervolg.

Stap 3a

Individueel specialistisch preconceptieconsult. In het geval er bij de vorige stappen specifieke risicofactoren zijn vastgesteld, is een aanvullend individueel specialistisch preconceptieconsult nodig. Dit zal plaatsvinden in de tweede of derde lijn. Hierin wordt tenminste aandacht besteed aan:

- aard, ernst en behandelbaarheid van de aandoeningen en/of risicofactoren;
- de mogelijke invloed van de zwangerschap op de gezondheid van de vrouw;
- de gevolgen van de aandoening en/of risicofactoren voor het verloop van de zwangerschap en de ontwikkeling van de vrucht;
- de kans dat het toekomstige kind eventueel een (erfelijke) aandoening krijgt.

Genetische aandoeningen en/of erfelijke afwijkingen nemen een aparte plaats in in het Programma Individuele Preconceptiezorg. Het gaat hier niet alleen om preventie, maar ook om een geïnformeerde keuze waarbij er in de preconceptionele fase wel vaak andere opties

zijn dan in de prenatale fase. Denk aan het ter sprake brengen van kunstmatige donorinseminatie, pre-implantatiediagnostiek of zelfs het afzien van een zwangerschap, of het risico op de aandoening accepteren.

Resultaat is een aanvullend preconceptieadvies met plan van aanpak dat door de vrouw en haar (eventuele) partner is begrepen, met duidelijke, op maat gemaakte afspraken voor het vervolg.

Stap 3b

Counseling naar aanleiding van (psycho)sociale risico's. In het geval er bij het algemene en/of specialistische preconceptieconsult naar voren komt dat er problemen zijn of dreigen op het (psycho)sociale vlak, dan dient verwezen te worden naar adequate hulpverlening.

Stap 4

Interventies naar aanleiding van preconceptieadvies waarmee stap 3 is afgerond.

Denk daarbij aan foliumzuurgebruik, vaccinaties tegen infectieziekten, doorverwijzen voor stoppen met roken, alcohol of drugs of het stopzetten van potentieel schadelijke medicatie c.q. het omzetten naar veiliger middelen. Ook het juist instellen van medicatie kan hier aan de orde zijn, bijvoorbeeld bij epilepsie.

Stap 5

De uitkomst van het Programma Individuele Preconceptiezorg dient te worden vastgelegd in het cliëntvolgend Perinataal Webbased Dossier (PWD). Dit is van belang voor zowel de aanstaande zwangere en haar (eventuele) partner als voor de samenwerking tussen betrokken professionals vanwege overdracht (verwijsinformatie), het toepassen van de juiste interventies, de evaluatie van zorg én een eventuele volgende zwangerschap ('interconceptiezorg').

De Stuurgroep beseft dat niet de hele doelgroep automatisch in dit Programma Individuele Preconceptiezorg terecht zal (willen) komen, met name als het gaat om vrouwen uit achterstandssituaties. Niet verwacht mag en kan worden dat iedereen zelf op zoek gaat naar individueel preconceptieadvies. Contactpersonen uit het eigen sociale netwerk van de doelgroep (denk aan ouders, leerkrachten, imams, burens, et cetera) kunnen hierbij mogelijk fungeren als gids, mits zij goed op de hoogte zijn van het Programma Individuele Preconceptiezorg. Het gaat daarnaast ook om professionals uit de eerste lijn die al met de vrouw in contact zijn, zoals bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleegkundige, buurtwerkers, medewerkers CJG's, behandelend gezinstherapeuten, et cetera.

Preconceptie Indicatielijst

De Stuurgroep vindt dat iedere professional in staat moet zijn om de toekomstige zwangere en haar (eventuele) partner de juiste route te wijzen en door te verwijzen naar de juiste deskundigen. In de huidige situatie zijn de inhoud en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van preconceptiezorg niet duidelijk geregeld.

De Stuurgroep vindt daarom dat er een duidelijke multidisciplinaire richtlijn moet zijn: de Preconceptie Indicatielijst (verder: PIL). Deze PIL moet een landelijk door alle professionals erkend document zijn, dat makkelijk en voortdurend wordt geactualiseerd. Via de PIL zijn eenvoudig toegankelijke, geprotocolleerde adviezen en voorlichting voorhanden voor alle professionals. De PIL moet in ieder geval afgestemd zijn met de al bestaande Verloskundige Indicatielijst (verder: VIL).

Doel van de PIL is professionals te voorzien van up-to-date en evidence-based informatie over aandoeningen en risicofactoren die van belang zijn voor gezond zwanger worden, en over de bijpassende interventies en zorgverlening. Onderdeel van de PIL is ook dat per aandoening en risicofactor de verwijzing naar specialistische preconceptiezorg wordt beschreven.

Kennis en kunde van de professional

De kennis, vaardigheden en attitude van professionals ten aanzien van collectieve voorlichting en (individuele) preconceptiezorg zijn nu nog te beperkt. De Stuurgroep vindt dat deze twee onderwerpen een meer nadrukkelijke plek moeten krijgen binnen de curricula van de geaccrediteerde opleidingen én binnen de bij- en nascholing van de verschillende beroepsgroepen.

Voor het geven van individuele preconceptiezorg moet een professional aanvullend geschoold zijn, zodat hij of zij in staat is om de doelgroep op het juiste niveau aan te spreken en te adviseren. Daarbij gaat het met name om deskundigheid op het terrein van:

- counseling en voorlichting;
- inventarisatie risicofactoren (o.a. leefstijl, werk, et cetera);
- erfelijkheidsleer;
- de sociale kaart, inclusief cultuurverschillen;
- verwijzingsmogelijkheden naar aanleiding van preconceptieadvies;
- communicatievaardigheden.

Advies gezond zwanger worden

- Standaard programma voor vroegtijdige voorlichting over 'hoe gezond en veilig zwanger worden', voor iedereen in Nederland.
- Continue, uniforme preconceptieboodschap gericht op alle vrouwen in de fertile fase (10 - 45 jaar) en hun (eventuele) partners.
- Programma Individuele Preconceptiezorg voor iedere vrouw met een kindwens.
- Preconceptie Indicatielijst (PIL) als multidisciplinaire richtlijn voor professionals voor de uitvoering van de individuele preconceptiezorg.
- Een meer nadrukkelijke plek voor collectieve voorlichting en preconceptiezorg in curricula opleidingen en bij- en nascholing beroepsgroepen.
- Aanvullende scholing en deskundigheidsbevordering voor professionals om individuele preconceptiezorg adequaat te kunnen verlenen.

4.2 Gezonde en veilige zwangerschap

De Stuurgroep wil bevorderen dat iedere zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk verloopt. Een zwangere vrouw moet zich te allen tijde veilig voelen, in alle fasen van de zwangerschap. Maar ook ongeacht van waar in Nederland zij zich bevindt. Zij moet erop kunnen vertrouwen dat zij op elk moment de optimale behandeling en begeleiding krijgt van de verloskundige professionals.

De professional heeft naast de verantwoordelijkheid voor de zwangere ook een verantwoordelijkheid voor de ongeboren vrucht. Maar niet alleen de professionals, ook de zwangere en haar (eventuele) partner hebben een belangrijke rol in het zo gezond en veilig mogelijk volbrengen van de zwangerschap. Daarom is het essentieel dat zij goed geïnformeerd zijn (over mogelijke risico's) en dat zij de weg naar hulp en ondersteuning weten te vinden. Daarbij geldt: hoe eerder in de zwangerschap er contact is met een verloskundige professional, hoe beter. Mogelijke risico's voor moeder en het (ongeboren) kind kunnen dan zoveel mogelijk worden voorkomen – of tenminste in een vroeg stadium worden onderkend en aangepakt.

Goed geïnformeerde zwangere

In aansluiting op het collectieve en individuele voorlichtingsprogramma zoals hiervoor beschreven (paragraaf 4.1), vindt de Stuurgroep dat er een prenataal voorlichtingsprogramma moet komen. Dit is voor vrouwen die net zwanger zijn en voor hun (eventuele) partners.

Onderwerpen die hierin tenminste aan bod moeten komen zijn:

- de gevaren van roken en alcohol drinken tijdens de zwangerschap;
- het belang van gezond eten en het gevaar van overgewicht;
- het combineren van werk en zwangerschap;
- het slikken van foliumzuur;
- risico's van medicatie;
- gevolgen van infectieziekten;
- het belang van voldoende gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de locatie van bevallen (zie kadertekst);
- het geven van borstvoeding.

In dit prenataal voorlichtingsprogramma moet internet een belangrijke rol spelen. Naast bestaande initiatieven zoals zwangerwijzer.nl of halloween.nl, moet er ook aandacht zijn voor forums waar jonge vrouwen actief zijn.

Belangrijk is ook dat verloskunde (eerste, tweede en derde lijn), kindergeneeskunde, kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg hierin beter gaan samenwerken. In een gezamenlijk voorlichtingsprogramma wordt ieders deskundigheid maximaal benut.

Bewust kiezen op basis van objectieve informatie rond locatie van bevallen

De Stuurgroep wil dat iedere laagrisicozwangere in principe de keuze heeft om onder leiding van een eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts thuis of in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen. De Stuurgroep wil hierbij expliciet vermelden dat de thuisbevalling niet ter discussie staat, aangezien huidig onderzoeksmateriaal geen oorzakelijk verband met perinatale sterfte aantoont.

Wel wil de Stuurgroep benadrukken dat de keuzevrijheid rond de plaats van bevalling alleen is voorbehouden aan vrouwen die een gezonde zwangerschap doormaken. De casemanager (zie hierna) bepaalt of en zo ja welk verhoogd risico de vrouw loopt. Onder een verhoogd risico vallen onder andere: complicaties in deze of een eerdere zwangerschap, een ongunstige woonsituatie (bijvoorbeeld 'drie hoog achter'), ongunstige leefomgeving, de geografische ligging van de woning en/of de kans op risico's van een eventuele verplaatsing tijdens de bevalling.

In allerlei media zijn vaak vertekende beeldvormingen en verhalen in omloop rond de locatie van bevallen, gebaseerd op incidenten. De Stuurgroep vindt dat iedere zwangere en haar (eventuele) partner toegang moeten hebben tot duidelijke informatie over de voor- en nadelen van bevallen thuis, in het geboortecentrum dan wel poliklinisch in het ziekenhuis. Deze informatie moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- de informatie is objectief en uniform (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen, of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke professional de informatie geeft of waar de zwangere deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de medische aspecten ook in op de persoonlijke situatie;
- de informatie wordt tijdig gegeven (start in de preconceptiefase en herhaling tijdens de prenatale fase).

Om tot een reële keuze te kunnen komen die past bij de individuele situatie van de vrouw, moet zij inzicht hebben in de consequenties van de mogelijkheden. De informatie moet daarom helder zijn over:

- overdrachtspercentages van eerste naar tweede en derde lijn (de verwijscijfers, inclusief onderscheid tussen primi parae (eerste kind) en multi parae (vanaf tweede kind));
- de (on)mogelijkheden van pijnbehandeling;
- de kans op een kunstverlossing;
- de kans op (onnodige) medische interventies;
- de kans op morbiditeit (zowel bij moeder als bij kind);
- de controles die nodig/mogelijk zijn om de risico's rond mortaliteit en morbiditeit te beperken/te voorkomen.

Belangrijk is dat zwangerschap en geboorte niet puur als pathologie wordt neergezet. Het moet voor de vrouw en haar (eventuele) partner echter wel heel duidelijk zijn dat een gezonde zwangerschapsuitkomst niet gegarandeerd is.

Nieuwe instrumenten

Om een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap te kunnen garanderen, is een meer systematische en transparante aanpak noodzakelijk. Vooral voor de werkwijze van prenatale voorlichting en voor het opsporen van risico's. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor de (psycho)sociale risico's van de zwangere en moet zij beter worden voorgelicht.

Om dit te bereiken, wil de Stuurgroep dat bij iedere zwangerschap de volgende drie instrumenten worden ingezet:

- a) een casemanager;
- b) een geboorteplan;
- c) een verplicht huisbezoek.

a) Casemanager

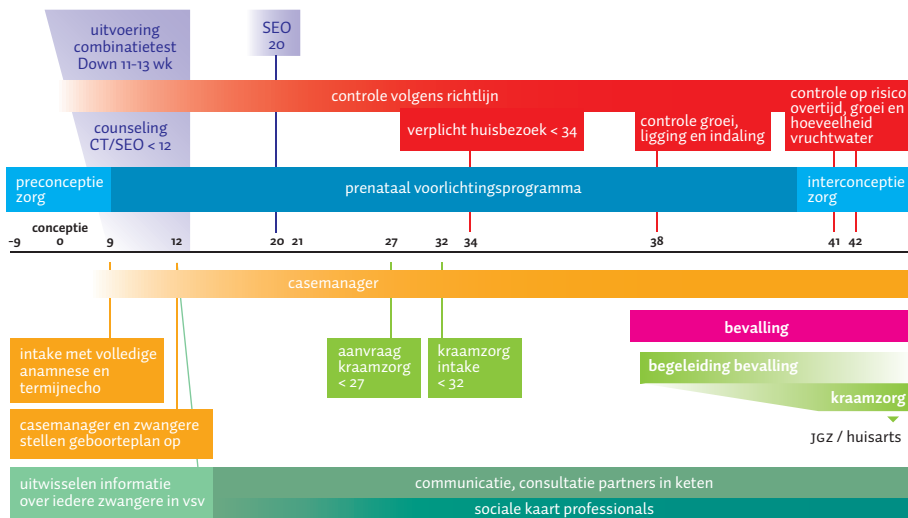
Voor iedere zwangere is er een vast aanspreekpunt: een 'casemanager' die haar begeleidt tijdens de zwangerschap. Dit casemanagement wordt in principe vervuld door de eigen verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog. De casemanager is in feite de probleemhebber. Zij/hij is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle benodigde zorg. Tevens garandeert zij/hij continuïteit, in het bijzonder voor de overdrachtsmomenten, zodat de zwangere en haar (ongeboren) kind niet de dupe worden van onduidelijkheid of miscommunicatie tussen professionals.

Wanneer de zwangere in een niet-acute situatie wordt overgedragen van de eerste lijn naar de tweede of derde lijn, of vice versa, is de oorspronkelijke casemanager verantwoordelijk voor de overdracht. Hiertoe behoort ook het informeren van de zwangere over wie het casemanagement overneemt. Deze verantwoordelijkheid geldt tot het moment dat de overdracht daadwerkelijk is gerealiseerd. Hierbij gaat het om overdrachtssituaties in de reguliere, geplande zorg (over de overdracht tijdens acute situaties, zie paragraaf 4.3).

De casemanager kan vragen van de zwangere of (eventuele) partner beantwoorden, haar uitleg geven en daarmee eventuele onrust of onduidelijkheid wegnemen. Ook moet de casemanager inzicht hebben in de sociale kaart waarbinnen de zwangere leeft en waarin het kind terecht komt.

b) Geboorteplan

De casemanager stelt samen met iedere zwangere een op haar toegesneden, individueel zorgpad voor de zwangerschap op. Dit wordt uiterlijk in de 12^e week vastgelegd in een zogenaamd geboorteplan. Dit geboorteplan omvat het verwachte verloop van de zwangerschap, de geboorte en de kraamperiode, met heldere ijkmomenten. Ook worden via het geboorteplan de reguliere zwangerschapscontroles ingepland, alsmede het verplichte huisbezoek vóór de 34^e week. In het geboorteplan is ruimte voor de wensen van de zwangere, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze van bevallen of pijnbehandeling.



Figuur 5 Schematisch overzicht geboorteplan, inclusief ijkmomenten

Doel van het geboorteplan is inzicht geven in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie moet ondernemen. Het is als het ware een ‘checklist’ die voor zowel de professional als voor de zwangere (digitaal) beschikbaar is. Voor zwangeren met een laag risico voldoet een standaard geboorteplan; voor zwangeren met een hoger risico wordt een maatwerk geboorteplan opgesteld in samenspraak met de daarvoor noodzakelijke professionals.

Het geboorteplan heeft een dynamisch karakter. Indien nodig kan het worden aangepast aan veranderingen in de medische of sociale situatie die zich bij de zwangere voordoen. De casemanager beheert samen met de zwangere het geboorteplan en zorgt dat alle relevante informatie – medisch en sociaal – in het geboorteplan staat.

Iedere nieuwe zwangere wordt (kort) besproken in het lokale verloskundig samenwerkingsverband (vsv), zodat alle betrokken professionals inzicht hebben in de lokale populatie zwangeren en hun mogelijke risico’s. Als bevindingen tijdens de ijkmomenten daartoe aanleiding geven wordt de zwangere opnieuw besproken in het vsv om eventueel het geboorteplan aan te passen.

c) Verplicht huisbezoek

De Stuurgroep vindt dat er meer inzicht moet zijn 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. Daarom wil de Stuurgroep dat er altijd vóór de 34^e week een huisbezoek wordt afgelegd.

Doel van het huisbezoek is:

- observeren van de gezinssituatie en signaleren of er sprake is van (psycho)sociale problematiek;
- waar nodig aanvullende prenatale voorlichting geven;
- beoordelen of in de thuissituatie van de vrouw een veilige bevalling en kraamperiode mogelijk is. Daarbij gaat het zowel om de veiligheid van de zwangere en het (ongeboren) kind als om de veiligheid van de werksituatie voor de professionals (verloskundige en kraamverzorgende);
- beoordelen onder welke aan te passen condities de thuissituatie eventueel wel voldoende veilig is.

Mede op basis van het huisbezoek bepaalt de casemanager in samenspraak met de zwangere, uiterlijk in de 34^e week, onder wiens leiding en waar de bevalling in principe (bij ongewijzigde omstandigheden) gaat plaatsvinden. Daarbij geldt: in de eerste lijn als dat kan, in de tweede lijn als dat moet.

De casemanager is verantwoordelijk voor (de uitvoering van) het huisbezoek ter beoordeling van de thuissituatie. Zij/hij kan zelf het bezoek afleggen of er zorg voor dragen dat het huisbezoek wordt uitgevoerd door een adequaat geschoolde professional van de kraamzorginstelling, of van het ziekenhuis als de zwangere medisch is geïndiceerd.

De kraamzorginstelling blijft verantwoordelijk voor de intake zoals deze nu reeds volgens het huidige Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg wordt voorgeschreven. Ook deze intake vindt plaats via een huisbezoek, vóór de zevende maand. De Stuurgroep wil dat deze kraamzorgintake niet alleen bij een eerste bevalling wordt uitgevoerd, maar bij iedere bevalling.

Tenslotte vindt de Stuurgroep dat er voor de casemanager eveneens een protocol moet worden vastgesteld om het verplichte huisbezoek gestructureerd en doeltreffend te laten verlopen. Voor de afstemming tussen de casemanager en de kraamzorginstelling, moeten geprotocolleerde landelijke samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

In de praktijk

Met deze drie instrumenten wordt de continuïteit van zorg voor een gezonde en veilige zwangerschap beter gegarandeerd. Hoe werkt dit in de praktijk?

De casemanager is de spil. Zij/hij is verantwoordelijk voor het nemen van de juiste actie zodra er nieuwe risico's worden gesignaleerd of bestaande risico's verergeren. Dat wil zeggen dat zij/hij de vrouw actief in contact brengt met daartoe geëquipeerde hulpverleners. Bij (psycho)sociale risico's met maatschappelijk werk of een psycholoog en bij medische risico's met de gynaecoloog. Het Verloskundig Vademecum is hierbij richtinggevend, maar moet daarvoor wel worden aangepast (zie paragraaf 4.6).

Belangrijk is dat de casemanager een vertrouwensband opbouwt met de zwangere zodat deze zich veilig voelt. Zij/hij mag niet alleen reactief in de spreekkamer risico's afwachten, maar dient actief inzicht te verwerven in het dagelijkse leven van de zwangere. Bijvoorbeeld door als verloskundige en gynaecoloog gezamenlijke spreekuren te organiseren in de wijk en door regelmatig contact te hebben met buurtwerkers. Ook is het essentieel dat de casemanager kennis heeft van de lokale sociale kaart.

De casemanager is na de bevalling tot maximaal zes weken voor de moeder en tot en met de tiende dag voor het kind, verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg (verder: JGZ).

Goed toegeruste professional

Van de professionals wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van casemanager vergt adequate vaardigheden. De opleiding en nascholing van professionals moet gericht zijn op (leren) samenwerken en communiceren, op medische kennis en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. De beroepsgroepen moeten hiervoor de huidige curricula aanscherpen en aanvullen.

Advies gezonde en veilige zwangerschap

- Goed geïnformeerde zwangere door prenataal voorlichtingsprogramma dat nauw aansluit op zowel de collectieve voorlichting als de individuele preconceptionele zorg.
- Iedere zwangere heeft toegang tot objectieve en eenduidige informatie over de voor- en nadelen van bevallen thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch.
- Voor iedere zwangere zijn er drie instrumenten om een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap te garanderen:
 - casemanager: verantwoordelijk voor de coördinatie van alle benodigde zorg, inclusief de overdrachtsmomenten;
 - (dynamisch) geboorteplan: bevat verwachte verloop van de zwangerschap, geboorte en kraamperiode, inclusief heldere ijkmomenten;
 - verplicht huisbezoek vóór de 34^e week.
- Kraamzorgintake voor iedere bevalling, dus niet alleen bij de eerste keer dat een vrouw zwanger is.
- Verloskundig Vademecum aanpassen en aanvullen met medische en (psycho)sociale risico's, op basis waarvan de casemanager adequate actie onderneemt na constatering van een risico.
- Professional goed toerusten om goede zorg en juiste attitude te waarborgen, huidige curricula beroepsgroepen hierop aanpassen.

4.3 Veilige acute zorg

De Stuurgroep vindt dat iedere zwangere in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week moet kunnen rekenen op goede en de juiste zorg. Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt verstaan een situatie waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen⁶⁹.

Een dergelijke acute situatie kan zich voordoen tijdens de zwangerschap (denk aan zwangerschapsvergiftiging), tijdens de bevalling (denk aan foetale nood) en na de bevalling (denk aan levensbedreigend bloedverlies).

Dit vereist een betere organisatie, meer samenwerking, meer afspraken, meer regie en helderheid over verantwoordelijkheden van professionals op lokaal niveau. Daarbij gaat het niet alleen om afstemming binnen en tussen de eerste, tweede en derde lijn, maar juist ook om afstemming binnen het ziekenhuis. Immers, daar zijn verschillende professionals betrokken bij het verlenen van (acute) zorg rond zwangerschap en geboorte.

Conditie acute zorg

De volgende drie condities zijn volgens de Stuurgroep essentieel om zo gezond en veilig mogelijke acute zorg in alle fasen van de zwangerschap te kunnen garanderen.

Alerte zwangere, alerte professional

De zwangere heeft een sleutelrol wanneer zich een acute situatie voordoet. Door het Prenataal Voorlichtingsprogramma (zie paragraaf 4.2) herkent zij signalen van haar lichaam die aangeven dat er 'iets' aan de hand is. Voorbeelden hiervan zijn minder beweging van het kind, hoofdpijn, dikke enkels door vochtophoping, verlies van vruchtwater/bloed of de mogelijke eerste wee. Het is aan de zwangere om deze signalen meteen te herkennen en te interpreteren, en de dienstdoende professional te raadplegen.

Omdat de casemanager niet 24/7 beschikbaar is, is het haar/zijn verantwoordelijkheid om te zorgen dat de zwangere weet wie zij moet bellen in een acute situatie. Met een proactieve, anticiperende houding moet de dienstdoende professional optredende risico's tijdig herkennen en onnodig tijdverlies voorkomen.

24/7 start behandeling binnen 15 minuten

De zwangere moet erop kunnen rekenen dat 24 uur per dag en 7 dagen per week goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar zijn. Daarbij gaat het om de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts, de klinisch verloskundige, de arts-assistent, de gynaecoloog, de kinderarts, de anesthesioloog, het OK-team en ondersteunend personeel.

De Stuurgroep vindt dat al deze professionals in staat moeten zijn om binnen 15 minuten de noodzakelijke behandeling te kunnen starten, zodat de zwangere nooit langer hoeft te wachten. Logischerwijs moet de professional daarin worden gefaciliteerd door de organisatie. De kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd, ongeacht het moment van de dag, avond, nacht of weekend. Dit geldt zowel voor laagrisicozwangeren in de eerste lijn, als voor de hoogrisicozwangeren in de tweede en derde lijn.

Eén telefoontje

THUIS

Bij een onverwachte spoedsituatie thuis kan nodeloos tijdverlies optreden door aanrijdtijd van verloskundige én ambulance, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar het ziekenhuis. Om ook dan aan de 15 minutennorm te kunnen voldoen, onderscheidt de triage in de eerste lijn drie scenario's die ieder een verschillende aanpak behoeven.

- a) De verloskundige of verloskundig actieve huisarts beoordeelt de spoedoproep, stelt een niet-acuut risico vast en zorgt dat zij/hij of een collega binnen 15 minuten bij de vrouw ter plekke is om de benodigde verloskundige zorg te verlenen.
- b) De verloskundige of verloskundig actieve huisarts beoordeelt de spoedoproep en stelt een niet-acuut risico vast, maar wel een risico met mogelijke overdracht naar de gynaecoloog. Om nodeloos tijdverlies te vermijden (door aanrijdtijd professional, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar ziekenhuis) vindt de Stuurgroep dat de eerstelijns professional in deze situatie de zwangere instrueert direct naar het geboortecentrum of ziekenhuis te gaan. De eerstelijns professional, die ook binnen 15 minuten ter plaatse is in het geboortecentrum of ziekenhuis, controleert de vrouw aldaar. Het ziekenhuis moet de eerstelijns professional hierin faciliteren.
- c) De verloskundige of verloskundig actieve huisarts beoordeelt de spoedoproep en stelt een levensbedreigend risico vast. Zij/hij voorziet de noodzaak tot overdracht aan en een mogelijke spoedingreep door de gynaecoloog. Om nodeloos tijdverlies te vermijden, schakelt de eerstelijns professional direct de ambulance in. Tevens informeert zij/hij het ziekenhuis (de gynaecoloog) dat de vrouw voor een acute situatie naar het ziekenhuis komt. De gynaecoloog zorgt er direct na deze melding voor dat de noodzakelijke voorbereidingen worden getroffen, zodat zonder uitstel de noodzakelijke behandeling kan worden gegeven (sectio, andere kunstverlossing, opvang pasgeborene en dergelijke). De eerstelijns professional zorgt er ook voor binnen 15 minuten in het ziekenhuis te zijn om de overdracht (verder) te faciliteren.

Voor deze drie scenario's moeten duidelijke afspraken worden vastgelegd over taken en verantwoordelijkheden, in vsv-verband en met de Regionale Ambulance Dienst.

ZIEKENHUIS

Ook in de overdracht tussen professionals van eerste naar tweede en/of derde lijn en binnen het ziekenhuis, moet onnodig tijdsverlies worden vermeden. Het onderlinge vertrouwen tussen de professionals in het verloskundig netwerk moet dusdanig groot zijn, dat bij een telefonische spoedoverdracht vanwege een levensbedreigende situatie voor moeder en/of kind vanuit de eerste lijn, de gynaecoloog (poortspecialist) per direct de noodzakelijke vervolgstappen regelt. De ter zake kundige professionals staan hierdoor klaar op het moment dat de zwangere in het ziekenhuis arriveert, waardoor geen kostbare tijd verloren gaat.

Concreet betekent dit dat na de melding van de acute situatie door de eerstelijns professional, parallel aan het ambulancevervoer van de zwangere naar het ziekenhuis, in het ziekenhuis de juiste voorbereidingen worden getroffen. Op deze manier kan zonder uitstel de noodzakelijke behandeling worden gegeven en loopt de zorg voor moeder en kind geen onnodige vertraging op.

De Stuurgroep acht het onjuist dat ziekenhuizen ‘vol’ verkopen. Voor spoedopnames dient altijd plaats te zijn. Dit wordt ondersteund door de Nota Praktijknormen van de NVOG⁷⁵. Hierin staat dat de organisatie dusdanig flexibel moet zijn dat bij drukte extra ondersteunend personeel en professionals worden opgeroepen.

Conditie acute zorg tijdens bevalling

Naast de drie genoemde condities voor acute zorg tijdens alle fasen van de zwangerschap, stelt de Stuurgroep een viertal aanvullende condities voor acute zorg tijdens de bevalling:

Bevallende vrouw niet alleen

De Stuurgroep vindt dat zodra de bevalling is begonnen, de zwangere niet meer alleen gelaten mag worden. De bevalling begint met de aanvang van de actieve ontsluitingsfase, na het volledig verstrijken van de baarmoederhals. Dit moment wordt bepaald door de medisch professional. Vanaf dat moment start de medische verantwoordelijkheid en wordt de zwangere continu begeleid. Voor een bevalling in de eerste lijn (thuis, geboortecentrum of poliklinisch) is dat de kraamverzorgende, voor een bevalling in het ziekenhuis is dat de Obstetrie en Gynaecologie verpleegkundige (verder: O&G-verpleegkundige) of kraamverzorgende. Dit is nu ook al mogelijk, maar er wordt nog te beperkt gebruik van gemaakt.

Bij laagrisicobevallingen bewaakt de verloskundige de voortgang van de bevalling en de conditie van moeder en kind tenminste iedere twee uur. Bij hoogrisicobevallingen worden zwangeren continu bewaakt door de gynaecoloog of een door de gynaecoloog geautoriseerde medisch professional die voor de zorgzwaarte is toegerust. In beide gevallen is deze professional medisch verantwoordelijk. Het inschakelen van de begeleider wordt geregeld door de verloskundige professional. Hierbij geldt voor de kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige een maximale aanrijdtijd van 30 minuten.

Overigens moet rekening gehouden worden met het feit dat het ontsluitingsmechanisme voor primi parae (eerste kind) en multi parae (vanaf tweede kind) verschillend is.

Harttonen luisteren

De Stuurgroep vindt dat in 2010 onderzocht en vastgesteld moet worden of tijdens de actieve ontsluitingsfase bijvoorbeeld iedere 15 minuten moet worden geluisterd naar de harttonen van het kind, zoals tijdens de uitdrijvingsfase al na iedere wee gebeurt.

Vervolgens moet op korte termijn een beroepsgroepoverstijgend protocol worden opgesteld. Dit protocol moet eveneens worden opgenomen in de paragraaf 'baring' van het Verloskundig Vademecum.

Pijnbehandeling

In het kader van de 'voorwaarden voor goede zorg' is de Stuurgroep van mening dat iedere zwangere toegang moet hebben tot adequate pijnbehandeling. Dit moet onafhankelijk zijn van in welk ziekenhuis in Nederland zij zich bevindt. De in 2008 vastgestelde richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'⁷⁶, moet op zo kort mogelijke termijn worden geïmplementeerd in alle ziekenhuizen in Nederland.

Langer dan 40 weken zwanger

De perinatale sterftecijfers voor zwangerschappen die langer dan veertig weken duren zijn laag. De Stuurgroep is zich echter bewust van de discussies in de media over het 'over tijd zijn'. Daarom dringt de Stuurgroep aan op nader onderzoek door de beroepsgroepen naar de voor- en nadelen van het huidige beleid. De Stuurgroep heeft in ieder geval een extra ijkmoment opgenomen in het geboorteplan: bij 41 weken moet beoordeeld worden of er risico is voor de individuele zwangere en haar (ongeboren) kind. Daarbij gaat het niet alleen om de medische aspecten, maar ook om de (psycho)sociale aspecten.

Locatie van bevallen

Bij de keuze voor de locatie van bevallen is het uitgangspunt: in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet. In paragraaf 4.2 is al uiteengezet dat de locatiekeuze voor de bevalling alleen is voorbehouden aan die vrouwen die een gezonde zwangerschap doormaken in een veilige omgeving. Als er geen medische of sociale indicatie is, kan een keuze gemaakt worden voor een bevalling onder leiding van een eerstelijns professional thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch. Bij een sociale indicatie zijn de mogelijkheden: andere thuislocatie, geboortecentrum, poliklinisch. Als er wel een medische indicatie is zal het ziekenhuis de plaats van bevallen zijn, onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.

Dit is schematisch als volgt weer te geven:

| Medische indicatie van bevallen | Voorgenomen locatie | Verantwoordelijke | Huidige eigen bijdrage |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|
| 0 = A | _ Thuis | Eerstelijns professional | € 0 |
| | _ Geboortecentrum | | € 350 |
| | _ Poliklinisch | | € 350 |
| 1 = D | Poliklinisch | Eerstelijns professional | € 0 |
| 2 = C | Klinisch (op medische indicatie) | Tweede- of derdelijns professional | € 0 |

Toelichting afkortingen. In de verloskundige indicatielijst worden de volgende codes gehanteerd:

A: eerstelijns verloskundige zorg

C: tweedelijns verloskundige zorg.

D: 'verplaatste eerstelijns medische zorg', een geïndiceerde poliklinische bevalling onder leiding van de eerstelijns medisch professional, maar in verband met de verhoogde complicatiekans wel in het ziekenhuis (bijvoorbeeld fluxus post partum in anamnese).

Geen financiële barrières

De Stuurgroep vindt 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 kraamzorg.

Positie geboortecentrum

De Stuurgroep definieert het geboortecentrum als: een locatie met een 'droge' verbinding naar het ziekenhuis, waar laagrisicozwangeren onder regie van een eerstelijns verloskundige bevallen, met dezelfde faciliteiten als in een thuissituatie. Op dit moment heeft ongeveer 25% van de ziekenhuizen in Nederland een geboortecentrum dat aan deze definitie voldoet. De Stuurgroep ziet dit percentage graag groter, mits de toegevoegde waarde kan worden aangetoond. Dit vergt nader onderzoek, bijvoorbeeld via een aantal proefregio's.

Advies veilige acute zorg

- Garandeer drie condities acute zorg:
 - Alerte zwangere, alerte professional;
 - 24/7 start behandeling binnen 15 minuten;
 - Na melding levensbedreigende situatie: parallelle in plaats van seriële activiteiten.
- Garandeer aanvullende condities acute zorg tijdens bevalling:
 - Bevallende vrouw niet alleen (24/7 start begeleiding binnen 30 minuten);
 - Protocol verplicht harttonen luisteren;
 - 24/7 drempelloze toegang tot pijnbehandeling.
- Vrije keuze rond locatie van bevallen is alleen voorbehouden aan vrouw die gezonde zwangerschap doormaakt en waar geen (psycho)sociale risico's spelen, ter beoordeling door casemanager.
- Eigen bijdrage voor bevallen in geboortecentrum of poliklinisch en de eigen bijdrage voor kraamzorg moet vervallen.
- Geboortecentrum is locatie voor verplaatste thuisbevalling, maar moet droge verbinding hebben met een ziekenhuis.

4.4 Goede en veilige kraamperiode en overdracht

De kraamperiode is de laatste fase van de zorg rond zwangerschap en geboorte.

De Stuurgroep vindt dat iedere zwangere recht heeft op een goede en veilige kraamperiode én op een goede overdracht aan de huisarts en JGZ. Ongeacht of de bevalling thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

Kwalitatief goede kraamzorg:

- besteedt aandacht aan de lichamelijke gezondheid, het psychisch welbevinden en de veiligheid van moeder en kind;
- signaleert risico's en problemen bij moeder en kind tijdens de kraamperiode;
- signaleert risico's en problemen die mogelijk gevolgen hebben voor het welbevinden van de moeder, voor de opvoeding van en het opgroeien van het kind;
- bevordert de integratie van het kind in het gezin;
- vergroot de zelfredzaamheid van de moeder en haar (eventuele) partner bij de verzorging van het kind;
- geeft hulp en advies bij de wijze van voeden van het kind (met name borstvoeding);
- geeft aandacht aan het belang van een (specialistisch) preconceptieadvies voor een eventuele volgende zwangerschap ('interconceptiezorg').

Al deze punten moeten worden besproken met de casemanager.

Het bieden van goede kraamzorg aan moeder en kind na een problematische zwangerschap en/of bevalling vereist extra aandacht, bijvoorbeeld vanwege de eventuele lichamelijke gevolgen of de emotionele aspecten bij moeder of kind. De Stuurgroep vindt dat dit aspect een meer nadrukkelijke plek moet krijgen binnen de opleiding tot kraamverzorgende, bijvoorbeeld door specialisatie.

Taakverdeling tijdens de kraamperiode

De Stuurgroep vindt dat zowel de kraamzorginstelling als de verloskundige professional 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar moeten zijn. Wisseling van kraamverzorgende tijdens een kraamperiode moet tot maximaal één keer worden beperkt, om de continuïteit van zorg voor moeder en kind te waarborgen.

De Stuurgroep wil dat alle professionals lokaal heldere afspraken maken in het vsv over de taakverdeling rond de kraamzorg. Daarbij hanteert de Stuurgroep de volgende uitgangspunten.

Eerstelijns bevalling

De moeder en het pasgeboren kind worden na de bevalling thuis, in het geboortecentrum of in de polikliniek tijdens de kraamperiode begeleid, verzorgd en gecontroleerd door zowel de verloskundige als de kraamverzorgende.

De verloskundige is als casemanager verantwoordelijk voor de medische en (psycho)sociale begeleiding. Zij/hij beoordeelt tijdens tenminste vijf huisbezoeken in de kraamperiode, mede aan de hand van lichamelijk onderzoek, de medische en (psycho)sociale situatie. Zij/hij signaleert eventuele risico's en onderneemt waar nodig actie om adequate zorg voor moeder en/of kind te organiseren. Bijvoorbeeld door contact op te nemen met de huisarts of de betrokken gynaecoloog of kinderarts.

De kraamverzorgende geeft voorlichting en instructie aan de kraamvrouw en haar (eventuele) partner. Tevens voert zij basishuishoudelijke taken uit. Daarnaast observeert, signaleert en rapporteert zij aan de casemanager en aan de kraamzorginstelling.

In de kraamperiode worden moeder en pasgeborene thuis in beginsel gedurende 49 uur door de kraamverzorgende ondersteund, begeleid en verzorgd. Eventuele extra uren kraamzorg worden geïndiceerd aan de hand van het reeds bestaande Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Er moet binnen de Zorgverzekeringswet een kostenloze aanspraak zijn op geïndiceerde kraamzorg.

Tweedelijns bevalling

Voor de moeder die in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog is bevallen, en thuis de kraamperiode volgt, beoordeelt de kraamzorginstelling bij thuiskomst van moeder en/of kind de benodigde inzet van kraamzorg. De kraamzorginstelling vertaalt de

zorgbehoefte naar een voorstel van aanbod van kraamzorg in aard en omvang. De Stuurgroep vindt dat voor de moeder die in de tweede lijn is bevallen en daar de kraamperiode volgt, het huidige LIP Kraamzorg moet worden vertaald naar tweedelijns situaties.

Kraamdossier

De Stuurgroep vindt dat de zorg rond moeder en het pasgeboren kind in de kraamperiode kan worden verbeterd door een gemeenschappelijk geprotocolleerd kraamdossier. Dit moet worden ontwikkeld en gebruikt door alle professionals (verloskundige, kraamverzorgende, huisarts, gynaecoloog en kinderarts) vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor een goede en veilige kraamperiode.

In het kraamdossier moet zijn vastgelegd welke kraamzorg bij welke medische en (psycho)sociale risico's aan moeder en kind wordt geboden; en ook welke professional waarvoor verantwoordelijk is.

Het kraamdossier moet nauw aansluiten op of zelfs onderdeel uitmaken van het Perinataal Webbased Dossier en aansluiten op het Digitaal Dossier JGZ. Ook moet er aansluiting worden gezocht bij de modernisering van het Verloskundig Vademecum. Het College Perinatale Zorg heeft een aanjaagfunctie in de totstandkoming van het kraamdossier.

Overdracht en evaluatie

Om goede zorg in de kraamperiode te bieden, dienen de kraamzorginstelling, de kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige en de casemanager constructief met elkaar samen te werken. Aan het eind van de kraamperiode moet een goede overdracht plaatsvinden naar de huisarts en JGZ. De casemanager is hiervoor verantwoordelijk.

De Stuurgroep vindt dat de overdracht van de pasgeborene naar de huisarts of JGZ beter moet verlopen en in een richtlijn moet worden vastgelegd. Hiertoe moet er een landelijk protocol 'Georganiseerde overdracht' van verloskundig professional naar JGZ en huisarts komen. In dit protocol wordt vastgelegd dat na iedere zwangerschap een overdrachtdossier wordt gemaakt. Naast de gebruikelijke overdrachtsgegevens, bestaat dit tenminste uit:

- een beschrijving van de verloskundige geschiedenis van moeder en kind na de bevalling thuis, in het geboortecentrum of in de polikliniek;
- eventuele ziektegeschiedenis van moeder en kind na ziekenhuisopname;
- of de moeder en haar (eventuele) partner zijn geweest op het belang van een (specialistisch) preconceptieadvies ten aanzien van een eventuele volgende zwangerschap.

Belangrijk onderdeel van het overdrachtsprotocol is het kraamdossier.

De kraamperiode wordt afgesloten met een evaluatiegesprek tussen de vrouw en haar casemanager over het totale verloop en de verleende zorg rond de zwangerschap en geboorte.

Advies goede en veilige kraamperiode en overdracht

- Opvang en nazorg moeder en kind na problematische zwangerschap en/of bevalling moet nadrukkelijke plek krijgen binnen opleiding tot kraamverzorgende.
- Kraamzorginstelling en verloskundig professional zijn 24/7 bereikbaar.
- Wisseling van kraamverzorgende tijdens een kraamperiode moet tot maximaal één keer worden beperkt, om continuïteit van zorg voor moeder en kind te behouden.
- Alle professionals en organisaties moeten in VSV-verband heldere afspraken maken over de taakverdeling rond de kraamperiode.
- Ontwikkeling van een gemeenschappelijk kraamdossier waarin is vastgelegd welke kraamzorg bij welke medische en (psycho)sociale risico's aan moeder en kind wordt geboden en ook welke professional waarvoor verantwoordelijk is.
- Ontwikkeling landelijk protocol 'Georganiseerde overdracht'.
- Iedere zwangerschap moet worden afgerond met een evaluatiegesprek tussen de vrouw en haar casemanager over het totale verloop en de verleende zorg rond de zwangerschap en geboorte.

4.5 Achterstandssituaties

Een van de aandachtspunten die de Stuurgroep van de minister van vws heeft meegekregen betreft de zorg rond zwangerschap en geboorte in achterstandssituaties. De Stuurgroep heeft er bewust voor gekozen zich hierbij te richten op vrouwen van niet-westerse afkomst, vrouwen met een lage sociaaleconomische status en vrouwen die in achterstandswijken wonen.

Vast staat dat er een enorme diversiteit is in de individuele profielen van vrouwen uit achterstandssituaties. Deze wordt bepaald door een samenspel van kenmerken zoals: opleiding, beroep, inkomen, culturele achtergrond, geboortestreek, taalbeheersing, religie, patroon van gezinsvorming en arbeidsparticipatie. Het leven in een achterstandssituatie is vaak een leven in isolement en in een aantal gevallen een leven in twee culturen met verschillen in ziektebeleving en met een andere manier van hulp zoeken. Een kind op komst leidt ook vaak tot meer sociale en financiële problemen, tot meer spanning in de relatie en soms tot huiselijk geweld.

Tegelijkertijd is het bereik van de zorg voor zwangeren in achterstandssituaties niet optimaal. Hiervoor zijn ook verschillende factoren aan te wijzen: gebrek aan kennis bij zwangere en professional, drempels (inclusief financiële, zoals eigen bijdrage kraamzorg), cultureel bepaalde andere gewoonten rond de zorg (bijvoorbeeld: zorg geboden door mannen wordt als storend ervaren), problemen in de communicatie en verkeerde plaats van zorg.

Aanvullend op de aanbevelingen in dit advies die gericht zijn op iedere (aanstaande) zwangere in Nederland, wil de Stuurgroep de volgende specifieke aanbevelingen doen voor deze groep kwetsbare vrouwen.

Nationaal programma voor zwangeren in achterstandssituaties

Vrouwen in achterstandssituaties bevinden zich gedeeltelijk buiten het bereik van de zorg. Cruciaal voor het verbeteren van de achterstandssituatie is het dichtens van de informatie-kloof en 'zorg op maat' met bijzondere aandacht voor medische en (psycho)sociale problemen. Dit betekent doelgroepspecifieke voorlichting, preventieprogramma's en intensivering van zorg.

De Stuurgroep suggereert na te denken over een nationaal programma voor zwangeren in achterstandssituaties. Onderdelen van het Aanvalsplan Perinatale Sterfte Rotterdam kunnen daarbij als vertrekpunt dienen, mits uit evaluaties blijkt dat deze doeltreffend en doelmatig zijn.

Doelgroepspecifieke voorlichting

De Stuurgroep vindt het noodzakelijk dat zwangeren in achterstandssituaties de capaciteiten ontwikkelen om kennis over (zorg rond) zwangerschap en geboorte te verwerven en daarmee hun gedrag aan te passen.

De Stuurgroep is van mening dat voorlichting aan vrouwen in achterstandssituaties alleen effectief is als de (vaak gevoelige) onderwerpen, de benaderingswijze en de praktische organisatie worden vormgegeven in samenspraak met de betrokken vrouw en haar omgeving. Daarbij kan in de meeste gevallen worden aangesloten bij reeds bestaande lokale initiatieven gericht op (vrouwen uit) achterstandssituaties.

Naast de in dit advies beschreven voorlichtingsmaatregelen voor alle (aanstaande) zwangeren in Nederland, wil de Stuurgroep dat de volgende aanvullende voorlichtings-activiteiten worden ontwikkeld.

Onderdeel inburgeringscursus

Elementen uit het standaard voorlichtingsprogramma gericht op gezond en veilig zwanger worden (paragraaf 4.1) en het onderwerp preconceptiezorg moeten onderdeel uitmaken van de verplichte inburgeringscursus voor nieuwe Nederlanders. Bijvoorbeeld een uitleg over de manier waarop de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland is georganiseerd, de uniforme preconceptieboodschap en het toelichten van het Programma Individuele Preconceptiezorg.

Meertalig informatiemateriaal

De Stuurgroep vindt dat er een informatiefolder rond zwangerschap en geboorte ontwikkeld

moet worden, in eenvoudige taal en gericht op vrouwen en hun (eventuele) partners uit achterstandssituaties. De inhoud van deze folder moet in samenspraak met vrouwen uit de doelgroep worden bepaald, zodat de informatie toegespitst is op hun vragen, ideeën en wensen.

Net als reeds bestaand instructiemateriaal moet deze informatiefolder worden vertaald in tenminste het Turks, Arabisch, Engels, Papiaments en Portugees. De Stuurgroep is zich er van bewust dat dit niet aansluit bij het kabinetsbeleid om alleen Nederlandstalig informatie-materiaal uit te brengen. Toch vindt de Stuurgroep het essentieel dat voor deze kwetsbare groep in de samenleving een uitzondering wordt gemaakt – in ieder geval voor de informatie rond zwangerschap en geboorte.

Lokaal netwerk

In de eigen wijk of buurt moet het ontstaan van een netwerk van vrouwen (en mannen) worden bevorderd met als doel met elkaar in gesprek te gaan over zwangerschap en geboorte. Het gaat daarbij om het halen én brengen van informatie; om taboes te doorbreken en misverstanden weg te nemen. In groepsverband ‘onder gelijken’ is er een sfeer van vertrouwen en veiligheid. Dit bevordert de communicatie die nodig is om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Dit netwerk moet gecoördineerd worden door een professional (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige), die tevens een vangnetfunctie vervult. Deze professional moet direct in verband staan met de lokale casemanager en het vsv, zodat aan de hand van gesignaleerde risico’s meteen de juiste actie kan worden ondernomen.

Preconceptiezorg

In het Programma Individuele Preconceptiezorg (paragraaf 4.1) moet voor een vrouw uit een achterstandssituatie en haar (eventuele) partner extra aandacht worden geschonken aan de sociale kaart, taal- en culturele barrières, de psychische situatie en de kennis en vaardigheden om adequaat met het Nederlandse zorgsysteem om te gaan.

Om via het programma Individuele Preconceptiezorg vrouwen uit achterstandssituatie daadwerkelijk te bereiken, moet er lokaal een herkenbaar, laagdrempelig loket zijn. Hier kunnen vrouwen in een veilige omgeving al hun vragen stellen. Waar nodig moet gebruik worden gemaakt van een VETC-er (voorlichter eigen taal en cultuur). Dit loket moet de spil zijn in het lokale netwerk van buurtcentrum, vader-/moedercentra, moskee, ROC et cetera.

Zorg op maat

De Stuurgroep is van mening dat voor de begeleiding van zwangeren in de achterstandssituatie een strakker regime van zorg nodig is. De casemanager vervult vooral voor deze doelgroep een cruciale rol. Met name door actief deel uit te maken van het samenhangend systeem van organisaties en instellingen binnen, maar vooral ook buiten de gezondheidszorg. Belangrijke aandachtspunten zijn:

Verwaarlozing en kindermishandeling in de baarmoeder

De casemanager zorgt voor een actieve opsporing en monitoring van risicofactoren met bijzondere aandacht voor verwaarlozing en kindermishandeling in de baarmoeder. Denk aan het identificeren van zorgwekkende opvoedingssituaties met behulp van bijvoorbeeld Alpha NL.

Op dit moment zijn er geen wettelijke mogelijkheden om in te grijpen bij dit soort situaties. De Stuurgroep wil daarom dat er een 'richtlijn drang en (in)formele dwang' wordt opgesteld voor situaties waarin sprake is van verwaarlozing of kindermishandeling in de baarmoeder.

Psychosociale en psychiatrische problematiek

De Stuurgroep constateert dat de frequentie van psychosociale en psychiatrische aandoeningen bij vrouwen in achterstandssituaties hoog is. Ook andere risicofactoren komen vaker voor zoals overmatig roken en alcohol- en drugsgebruik. Daarnaast is er vaak sprake van agressie of mishandeling binnen het gezin.

Om deze problematiek adequaat te kunnen aanpakken is een intensivering van psychosociale begeleiding noodzakelijk. In sommige ziekenhuizen is al een multidisciplinair team van gynaecoloog, kinderarts, psycholoog, maatschappelijk werker en psychiater actief (bekend als de POP-poli). Dit moet in veel meer ziekenhuizen worden georganiseerd.

Geboortecentrum

De Stuurgroep acht het van groot belang dat een zwangere in een achterstandssituatie kan bevallen op een veilige en aangename plek, waar tijdens de bevalling 24 uur per dag aandacht kan worden geschonken aan haar specifieke omstandigheden.

Zeker wanneer thuis een onveilige, onrustige of onhygiënische situatie bestaat, biedt een geboortecentrum (zoals gedefinieerd in paragraaf 4.3) uitkomst. Gelet op de behoefte bij vrouwen uit achterstandssituaties aan deze voorziening, dringt de Stuurgroep er op aan dat voor deze groep vrouwen geboortecentra in alle grote steden beschikbaar zijn.

Kraamzorg

De kraamzorg is essentieel voor een goede zwangerschapsuitkomst, maar wordt te weinig benut door vrouwen uit achterstandssituaties. Belangrijkste reden is dat de rol van de kraamzorg als overbodig wordt beschouwd, aangezien familie de verzorging van moeder en kind vaak op zich neemt. De eigen bijdrage voor kraamzorg werkt hierbij eveneens als negatieve prikkel. De Stuurgroep is van mening dat nut en noodzaak van kraamzorg voor deze doelgroep moet worden verduidelijkt. Ook moet in de voorlichting voor vrouwen in achterstandssituaties duidelijk gemaakt worden dat de kraamverzorgende een belangrijke functie heeft in de signalering van risico's bij moeder en kind.

De Stuurgroep vindt het van belang dat in elke regio van het land de mogelijkheid bestaat tot opname vanwege klinisch kraambed van moeder en kind. Hiervoor is een speciale ruimte noodzakelijk met gespecialiseerd verpleegkundig personeel. Deze opnames zijn

nodig om de moeder-kindinteracties te observeren, crisisinterventies te plegen, het sociale netwerk te activeren en de nazorg te coördineren.

De Stuurgroep vindt bovendien dat er voor risicokinderen een gestandaardiseerd overdracht-protocol moet worden ontwikkeld van kraamperiode (eerstelijns of klinisch) naar JGZ.

Advies achterstandssituaties

- Verken mogelijkheden en wenselijkheden Nationaal programma voor zwangeren in achterstandssituaties.
- Doelgroepspecifieke voorlichting:
 - verplicht onderdeel inburgeringscursus;
 - meertalig informatiemateriaal;
 - preconceptiezorg op maat.
- Zorg op maat:
 - ontwikkel 'richtlijn drang en (in)formele dwang' voor situaties waarin sprake is van verwaarlozing of kindermishandeling in de baarmoeder;
 - intensiveer psychosociale begeleiding;
 - zorg voor beschikbaarheid geboortecentrum in alle grote steden voor vrouwen uit achterstandssituaties;
 - verduidelijk nut en noodzaak van de inzet van kraamzorg;
 - in iedere regio moet mogelijkheid bestaan voor opname vanwege klinisch kraambed van moeder en kind.
- Ontwikkel gestandaardiseerd overdrachtprotocol van kraamperiode (eerstelijns of klinisch) naar JGZ voor risicokinderen.

4.6 Randvoorwaarden optimale zorg rond zwangerschap en geboorte

Uitgangspunt voor een optimale zorg rond zwangerschap en geboorte voor moeder en kind is dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de juiste zorg 24 uur per dag, 7 dagen per week is gegarandeerd. Geen vrijblijvendheid, maar verplichte afspraken tussen professionals, zodat de zorg naadloos op elkaar aansluit.

De Stuurgroep stelt daarbij de volgende randvoorwaarden.

Toegankelijke en laagdrempelige zorg

Basisvoorwaarde is dat de zwangere toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en professionals voor de levering van de door haar benodigde zorg.

Dit netwerk bestaat in ieder geval voor de algemene zorg uit voorzieningen dicht bij huis, zoals de eerstelijns verloskundige / de verloskundig actieve huisarts, de kraamzorginstelling,

de polikliniek en het geboortecentrum. Voor (medisch) specialistische zorg bestaat het netwerk uit de algemene en academische ziekenhuizen (inclusief de buitenpoli's).

De Stuurgroep vindt dat de zwangere in acute situaties moet kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van alle zorg rond zwangerschap en geboorte. Wanneer zich een acute situatie voordoet, betekent dit dat alle professionals binnen 15 minuten een behandeling kunnen starten. Dit geldt ook voor kinderartsen, anesthesiologen en het OK-team. Ook de operatiekamer dient binnen 15 minuten beschikbaar te zijn. Met deze randvoorwaarde wordt onnodig tijdsverlies voorkomen.

Goede kwaliteit zorgvoorzieningen

De Stuurgroep wil dat de hierna beschreven goede kwaliteit van verloskundige zorgvoorzieningen overal in Nederland gegarandeerd is. Het College Perinatale Zorg moet in 2010 vaststellen wat de minimale normen moeten zijn. Hierbij worden nadrukkelijk de bestaande richtlijnen betrokken.

Ruimtelijke voorzieningen

Voor de algemeen medische zorg is er een gepast praktijkpand dat voldoet aan de algemene inrichtingseisen voor onder andere toegankelijkheid, hygiëne en infectie, wachtruimte met toebehoren, en onderzoeks- en behandelruimte.

De geboortecentra en ziekenhuizen houden zich ook aan algemene inrichtingseisen voor instellingen, met specifieke aandacht voor de inrichting van verloskamers (inclusief bewakingsapparatuur), reanimatieruimte, onderzoekkamer, verblijfruimte voor familie, een voldoende geëquipeerd operatiekamercomplex, een IC-afdeling en een neonatologie-afdeling.

Personele voorzieningen

Voor de zwangere en haar (eventuele) partner zijn er voldoende, goed gekwalificeerde professionals beschikbaar. In de eerste lijn zijn dat verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, praktijkassistenten en kraamverzorgenden.

In de tweede en derde lijn: gynaecologen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen, kinderartsen, anesthesiologen, interventieradioloog, OK-teams, verplegend personeel, O&G-verpleegkundigen, kraamverzorgenden, echoscopisten en overig personeel.

Faciliteiten

De professionals voor algemeen medische zorg beschikken over de faciliteiten zoals beschreven in de richtlijnen van de beroepsgroepen en instellingen. De Stuurgroep vindt dat iedere eerstelijns verloskundigenpraktijk moet beschikken over een echoapparaat voor de termijnbepaling en eventuele nadere diagnoses, zoals groeivertraging of placentapositie.

Voor de begeleiding van een thuisbevalling, eventueel in geboortecentrum of poliklinisch, beschikken de professionals ook over de faciliteiten zoals vastgesteld door de beroepsgroep. Hiermee kunnen zij zowel in voorziene als in onvoorziene situaties ingrijpen.

Faciliteiten voor de professionals in ziekenhuizen zijn een adequate kindergeneeskundige opvang en voorzieningen voor een acute noodsituatie. Daarnaast algemene bewakingsapparatuur met de mogelijkheid voor pijnbehandeling waarbij adequate bewaking van moeder en kind gegarandeerd is.

Begeleiding en bewaking

De Stuurgroep adviseert een een-op-eenbegeleiding van iedere bevalling. Bij laagrisico-zwangere door kraamverzorgenden; bij hoogrisicozwangere door O&G-verpleegkundigen of kraamverzorgenden afhankelijk van het risicoprofiel.

Vanaf de actieve ontsluitingsfase bij een eerstelijnsbevalling (laag risico) geldt een verhouding van 1:1 (medisch professional:vrouw) voor de bewaking en behandeling.

Vanaf de actieve ontsluitingsfase bij een bevalling in het ziekenhuis (hoog risico) geldt voor de professionele bewaking en behandeling een verhouding van 1:2 (obstetrisch professional:vrouw). Een obstetrisch professional in het ziekenhuis (gynaecoloog, geautoriseerde arts-assistent of klinisch verloskundige) kan dus verantwoord maximaal twee bevallingen tegelijk bewaken/behandelen. Daarnaast is er een (superviserend) gynaecoloog beschikbaar, aangezien deze professional in een spoedsituatie altijd beschikbaar moet zijn voor een ingreep. Dit is beschreven in de Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde van de NVOG⁷⁵, die nog geautoriseerd moet worden door de NVZ.

Van de instelling wordt verwacht dat zij flexibel en proactief met hun menskracht omgaat. Daarmee wordt bedoeld dat er een (vaste) basisbezetting is en dat er professionals worden opgeroepen als het drukker wordt. Zo kan iedere zwangere in partu te allen tijde de zorg krijgen die zij nodig heeft.

Perinataal Webbased Dossier

Voor het hele netwerk van professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte geldt dat gegevens uitgewisseld kunnen worden via het algemene PWD. Dit cliëntvolgend PWD moet voor iedere professional toegankelijk zijn, volgens door het College Perinatale Zorg vast te stellen protocollen.

Goede kwaliteit van zorg

Er zijn drie belangrijke kernaspecten van kwaliteit:

Effectieve zorg

Effectieve zorg is de mate waarin professionals zich in de praktijk houden aan de richtlijnen en protocollen die hun eigen beroepsgroep heeft opgesteld.

De Stuurgroep vindt dat een permanent getrainde professional een minimum aantal bevallingen of kunstverlossingen per jaar moet doen om dit vak te kunnen blijven uitoefenen. Hiervoor stelt het College Perinatale Zorg veldnormen op per beroepsgroep, inclusief kwaliteitsafspraken.

Veilige zorg

Veilige zorg betekent het vermijden van schade aan de vrouw en haar (ongeboren) kind als gevolg van geleverde zorg. Uit de melding calamiteiten perinatale zorg van de IGZ is gebleken dat ondeskundig handelen, slechte triage en slechte communicatie de meest voorkomende redenen voor schade zijn.

De Stuurgroep vindt dat er meer aandacht moet worden geschonken aan veiligheid. Zowel de veiligheid voor de vrouw en het (ongeboren) kind, als de veiligheid voor de professional. Het gaat daarbij om zowel medische als sociale veiligheid. Daarnaast moet de veiligheid worden beoordeeld in het licht van arbeidsomstandigheden van verloskundige professionals. De Stuurgroep vraagt hierbij expliciet aandacht voor het inschatten van risico's en het beoordelen van de veiligheid bij het bepalen van de plaats van bevalling.

De Stuurgroep vindt dat er een verplicht Veiligheidsmanagementsysteem (verder: vms) rond de zorg voor zwangerschap en geboorte moet komen dat de cliëntveiligheid beter garandeert. Dit vms garandeert ook dat professionals die een incident melden er op kunnen vertrouwen dat dit niet direct tot sancties leidt. Het vms maakt de juiste analyses mogelijk en zorgt ervoor dat verbetermaatregelen goed worden gemanaged.

Vraaggerichte zorg: de cliëntervaringen

De Stuurgroep constateert dat er een gebrek is aan kennis bij de professionals over de verwachtingen, behoeften en ervaringen van de zwangere ten aanzien van de perinatale zorg. Hierin moet dringend verandering komen, aangezien kennis hierover belangrijke input vormt voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

Een van de problemen die de Stuurgroep hierin signaleert is dat in Nederland (in tegenstelling tot omliggende landen) de zwangeren en jonge ouders onvoldoende vertegenwoordigd zijn bij beleidsmatige en inhoudelijke beslissingen rond zorg rond zwangerschap en geboorte. Daarom vindt de Stuurgroep dat er een valide meetinstrument ontwikkeld

moet worden voor het meten van cliëntervaringen in alle onderdelen van de perinatale zorg. Niet alleen moet de zwangere bij het ontwikkelen van een dergelijk meetinstrument betrokken worden, ook vindt de Stuurgroep dat een structurele participatie moet worden gegarandeerd via belangenorganisaties voor zwangeren.

Goed georganiseerde zorg

De zwangere is voor het welzijn van haarzelf en haar kind, zeker in een acute situatie, afhankelijk van de wijze waarop professionals met elkaar samenwerken. Deze samenwerking op regionaal en lokaal niveau moet meer gestructureerd verlopen. Het College Perinatale Zorg moet hiervoor multidisciplinaire protocollen en kaders laten opstellen.

In het kader van integrale zorg voor moeder en kind is de Stuurgroep van mening dat in elke regio een vsv actief moet zijn, waaraan alle verloskundig professionals verplicht deelnemen. Dit vsv garandeert heldere en bindende afspraken van de professionals rond samenwerking en geeft vertrouwen tussen en binnen de eerste, tweede en derde lijn. Via een actieve vsv kunnen ook de zorgverzekeraars en consumentenorganisaties worden betrokken bij het optimaliseren van de kwaliteit van zorg.

De Stuurgroep wil dat er in vsv-verband in ieder geval afspraken worden gemaakt over:

- de informatie die in ieder geval bij de overdracht van de vrouw en haar (ongeboren) kind door de casemanager moet worden overgedragen; denk aan: pariteit, zwangerschapsduur, fase van de bevalling (weeën, vliezen, meconium, toestand kind), bloedgroep, relevante bijzonderheden uit de zwangerschap, reden van overdracht en mate van spoed;
- het standaard terugkoppelen van gegevens over de vrouw (en haar kind) zodra zij wordt ontslagen uit het ziekenhuis, zodat de verloskundige en de huisarts geïnformeerd zijn over de (gezondheids)toestand van moeder en kind;
- de ontwikkeling en implementatie van een cliëntvolgend PWD; dit is essentieel voor overdracht, schakelmomenten en het genereren van overdrachtsbrieven;
- de verplichte deelname van alle professionals (dus ook huisarts) aan PRN en PAN.

Zorg voor bijzondere groepen

De zorg aan zwangeren in achterstandssituaties vergt extra inspanning. De Stuurgroep vindt dat een professional die werkt met vrouwen uit een achterstandssituatie, een adequate opleiding en desnoods bijscholing moet hebben gehad waarin cultuursensitiviteit en bijzondere omstandigheden aan de orde komen. Immers, van deze professionals wordt een proactieve houding verwacht om deze vrouwen te bereiken.

Advies randvoorwaarden optimale zorg rond zwangerschap en geboorte

- In acute situaties moet de zwangere kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van alle benodigde zorg.
- Voor de begeleiding geldt een 1:1-verhouding (professional:vrouw).
- Voor de medische bewaking/behandeling geldt een verhouding 1:1 in eerstelijns en 1:2 in ziekenhuis.
- Op korte termijn moet een PWD elektronisch toegankelijk zijn voor iedere professional.
- Het College Perinatale Zorg laat een veldnorm opstellen (inclusief kwaliteitsafspraken) over het minimum aantal bevallingen of kunstverlossingen per jaar die een professional jaarlijks moet verrichten om bevallingen te mogen begeleiden.
- Meer inzicht in verwachtingen, behoeften en ervaringen van zwangeren en structurele participatie via organisaties voor zwangeren.
- Meer aandacht voor medische en sociale veiligheid van de vrouw, haar (ongeboren) kind en de professional.
- Verplicht Veiligheidsmanagementsysteem om cliëntveiligheid beter te garanderen.
- Verplichte deelname verloskundige professionals aan vsv, waarbij ook zorgverzekeraars en consumentenorganisaties worden betrokken.
- Adequate opleiding en bijscholing professionals die werken met vrouwen uit achterstandssituaties.

4.7 Monitoring, toetsing en evaluatie

De Stuurgroep vindt dat er beter inzicht moet komen in de kwaliteit van de perinatale zorg. Ook moet er voor de zorg rond zwangerschap en geboorte een gezamenlijk kwaliteitssysteem zijn. Dit maakt het mogelijk op systematische wijze de kwaliteit van zorg te bewaken, te verbeteren en te verantwoorden.

De Stuurgroep heeft hiertoe een concreet voorstel laten uitwerken met als doelstelling:

Het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de perinatale zorg in de hele keten op vier niveaus, ten behoeve van externe verantwoording en interne reflectie, met aandacht voor het perspectief van de cliënt en het perspectief van de zorgaanbieder, met als voorwaarden: dat alle betrokken partijen deelnemen, dat er eenheid van taal is en dat aangesloten wordt bij reeds bestaande bronnen en registraties.

De Stuurgroep heeft in dit kader zes kernthema's benoemd: preconceptionele zorg, perinatale zorg, herziening en modernisering Vademecum, Perinataal Webbased Dossier (PWD), registratie en verantwoording.

Preconceptiezorg

De Stuurgroep vindt dat preconceptiezorg integraal onderdeel moet zijn van de perinatale zorgketen. De effectiviteit van de invoering van preconceptiezorg als standaard zorg moet gepaard gaan met een epidemiologische evaluatie. Hiertoe moet een registratie worden opgezet om de kwaliteit en effectiviteit van individuele preconceptiezorg te kunnen meten en evalueren (inclusief nulmeting). Deze registratie van individuele preconceptiezorg moet idealiter onderdeel te zijn van de dataset van de PRN of op zijn minst als deelregistratie aan PRN kunnen worden gekoppeld.

Perinatale zorg rond zwangerschap en geboorte

De Stuurgroep heeft vastgesteld dat de perinatale zorg een groot aantal disciplines kent en dat bij iedere perinatale casus meer dan één discipline betrokken is. Discontinuïteit van zorg is daarmee een grote risicofactor. De Stuurgroep vindt dat alle professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen moeten ontwerpen en implementeren. De bestaande richtlijnen en protocollen voor specifieke beroepsgroepen kunnen hierbij als basis dienen.

Bij het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg, is bijzondere aandacht nodig voor de overdracht tussen de verschillende professionals. Juist op die (acute) overdrachtsmomenten (zowel binnen als tussen de eerste, tweede en derde lijn en bij de overdracht aan JGZ) gaan er in de praktijk dingen mis.

Daarom moet een multidisciplinaire richtlijn rond de overdrachtmomenten in de zorg rond zwangerschap en geboorte worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierin is vastgelegd:

- a) welke informatie minimaal noodzakelijk is voor een adequate overdracht;
- b) welke professional op welk moment aan wie gegevens dient over te dragen;
- c) op welke manier huisarts, verloskundige, kraamzorginstelling en JGZ door gynaecoloog of kinderarts worden geïnformeerd als de zorg na de bevalling aan de eerste lijn wordt overgedragen.

De Stuurgroep is van mening dat structureel follow-up onderzoek (van het effect en de kwaliteit van verleende perinatale zorg) noodzakelijk is, omdat de zorg rond zwangerschap en geboorte een substantiële impact heeft op de volksgezondheid in Nederland. De follow-up bestaat uit medisch, neurologisch, gedrags- en ontwikkelingsonderzoek bij kinderen.

Modernisering Verloskundig Vademecum

Het uitgangspunt is dat zorg rond zwangerschap en geboorte, die door verschillende professionals wordt gegeven, naadloos op elkaar aansluit. Om die reden vindt de Stuurgroep dat het bestaande Verloskundig Vademecum (gericht op afspraken over overdracht van zorg tussen professionals) moet worden gemoderniseerd, inclusief:

- de PIL: multidisciplinaire richtlijn over preconceptiezorg met eenvoudig toegankelijke,

- geprotocolleerde adviezen en voorlichting voor alle professionals;
- de VIL: multidisciplinaire richtlijn over verloskundige indicaties die is opgebouwd op basis van medische diagnoses.

De reikwijdte van het Vademecum moet worden uitgebreid naar de kraamzorg, moet aansluiting hebben op JGZ en moet (psycho)sociale en cultureel bepaalde risicofactoren bevatten. Daarbij dient het Vademecum beschikbaar te zijn als elektronisch document, hetgeen continue aanpassing aan nieuwe inzichten mogelijk maakt.

Perinataal Webbased Dossier

De Stuurgroep concludeert dat hoge prioriteit moet worden gegeven aan het ontwikkelen en implementeren van een cliëntvolgend Perinataal Webbased Dossier (PWD). Dit maakt elektronische gegevensuitwisseling tussen verloskundige professionals mogelijk, inclusief overdracht naar Digitaal Dossier JGZ. Het PWD is essentieel voor de bevordering van de continuïteit van zorg, overdracht van zorginformatie tussen professionals en het automatisch genereren van input voor bijvoorbeeld de PRN.

Voor het PWD moet één landelijk referentiemodel ontwikkeld worden (definities, omschrijvingen, onderdelen, et cetera). Hierdoor kunnen alle professionals bij overdrachten continu, actuele informatie uitwisselen, onafhankelijk van het computersysteem of softwarepakket dat zij hanteren. Naast eenvoudige gegevensuitwisseling over de zwangere moet het PWD ook de administratieve belasting van de perinatale zorgverlener terugdringen ten aanzien van registratie en monitoring.

Registratie van verleende zorg

De Stuurgroep is van mening dat het registreren van alle verleende perinatale zorg noodzakelijk is voor transparantie en evaluatie van de geleverde kwaliteit. Een dergelijke registratie moet een volledige dekking hebben en is daarom verplicht voor alle professionals die betrokken zijn bij de perinatale zorg (veldnorm). Dit vereist een eenduidige, eveneens verplichte, registratie van gegevens. Een gebruiksvriendelijk en uitwisselbaar registratiesysteem is hiervoor een absolute voorwaarde. De huidige PRN voldoet hieraan en moet ook na 2010 worden gecontinueerd. Veldpartijen moeten zelf toezien op het realiseren van deze verplichting, bijvoorbeeld als voorwaarde voor opname in het beroepsregister of contractering door zorgverzekeraar.

De Stuurgroep vindt daarnaast dat bestaande bronnen beter moeten worden benut en dat het Burgerservicenummer (BSN) als centraal koppelingselement gebruikt moet worden. Er blijft in dit kader een centrale, leidende rol voor de PRN weggelegd, waaraan huidige en toekomstige deelregistraties eenvoudig gekoppeld kunnen worden. In 2010 moet een oplossing worden gevonden voor het feit dat een kind pas na geboorteaangifte een BSN krijgt, dat pas gebruikt mag worden voor gegevensuitwisseling als er een wettelijk identiteitsbewijs is.

De regie over de integratie en analyse van de datasets ligt bij de beroepsgroepen zelf. Het gebruik van de (geanalyseerde) PRN-data voor evaluatie van zorg moet op individueel, regionaal of landelijk niveau bevorderd worden. Dit is te realiseren door LVR-Insight, LNR-Insight (instrumenten die op interactieve wijze verdiepend inzicht geven in PRN-data) en de VOKS (verloskundige onderlinge kwaliteit spiegel) voor iedere deelnemende professional beschikbaar te maken ten behoeve van interne reflectie en onderzoek.

Verantwoording

De Stuurgroep vindt dat meten en weten alleen niet voldoende is: 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. In het kader van perinatale sterfte moet deelname aan de Perinatale Audit Nederland verplicht worden gesteld (veldnorm).

De ontwikkeling van (Zichtbare Zorg)-indicatoren voor de perinatale zorg verdient prioriteit om de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte inzichtelijk te maken. Daarbij adviseert de Stuurgroep om bij de ontwikkeling van deze indicatoren gebruik te maken van bestaande data en de door de verschillende beroepsgroepen al ontwikkelde indicatorensets.

Tot slot

De Stuurgroep vindt de ontwikkeling van een breed gedragen beroepsgroepoverstijgend Onderzoeksprogramma Perinatale Zorg uiterst belangrijk. Daarbij dient de toegang tot beschikbare kennis te worden verbeterd en dient een bijbehorende nieuwe database te worden ontwikkeld met daarin alle onderzoeksresultaten en contactpersonen.

Advies monitoring, toetsing en evaluatie

- Registratie individuele preconceptiezorg moet onderdeel zijn van PRN.
- Ontwikkeling en implementatie multidisciplinaire richtlijn rond de overdrachtsmomenten (binnen en tussen eerste, tweede en derde lijn en JGZ).
- Structureel follow-up onderzoek (medisch, neurologisch, gedrag en ontwikkeling).
- Modernisering Verloskundig Vademecum, inclusief PIL en VIL.
- Ontwikkeling en implementatie cliëntvolgend PWD.
- Verplichte deelname alle perinatale professionals aan registratiesysteem.
- BSN is centraal element voor koppeling van deelregistraties.
- Verplichte deelname alle professionals aan Perinatale Audit Nederland.
- Ontwikkel (ZiZo-)indicatoren voor de hele perinatale zorg.
- Ontwikkel beroepsgroepoverstijgend Onderzoeksprogramma Perinatale Zorg.



5_ conclusie en aanbevelingen

Zwangerschap en geboorte zijn bijzondere gebeurtenissen in het leven van ieder mens. Helaas hebben niet alle zwangerschappen een gezonde moeder en een gezond kind als uitkomst. In 2007 waren er 1685 geregistreerde gevallen van perinatale sterfte en overleden er zestien vrouwen als gevolg van de zwangerschap of bevalling. Bij een nog grotere groep moeders en kinderen hebben de zwangerschap en/of geboorte blijvend negatieve (medische) gevolgen. Nederland presteert daarmee slecht in vergelijking met andere Europese landen.

Met dit advies geeft de Stuurgroep haar visie op hoe we in Nederland met elkaar moeten gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte. Een zorg die op ieder moment kwaliteit en veiligheid biedt voor moeder en (ongeboren) kind en die toekomstbestendig is. Een zorg die niet alleen een zwangere behandelt als zij ziek is, maar vooral werkt aan het bevorderen van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

5.1 Aanbevelingen

De Stuurgroep concludeert dat de basis voor goede zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland aanwezig is. Op een aantal punten zijn echter verbeteringen noodzakelijk om de vermijdbare maternale en perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. De kans op maternale sterfte en morbiditeit is verhoogd bij oudere aanstaande moeders, niet-westerse allochtonen, zwangeren met een onderliggende ziekte en zwangeren met een ongezonde leefstijl. De kans op perinatale sterfte en morbiditeit is het hoogst bij vroeggeboorte, ernstige aangeboren afwijkingen, laag geboortegewicht en/of zuurstofgebrek bij de geboorte. De zorg zal extra inspanningen moeten leveren om deze vermijdbare sterfte en morbiditeit terug te dringen.

De Stuurgroep spreekt met dit advies haar ambitie uit om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van substandaard factoren in de zorg de komende vijf jaar te halveren. Dit sluit aan bij de in 2007 door de ziekenhuizen gemaakte afspraken over patiëntveiligheid, dat in vijf jaar de onbedoelde vermijdbare schade met 50% moet zijn gereduceerd⁷⁴.

De in hoofdstuk 3 beschreven visie bevat vijf kernpunten. In hoofdstuk 4 zijn deze uitgewerkt in concrete aanbevelingen. In het kort:

Moeder en kind in de hoofdrol

De Stuurgroep vindt dat de zorg rond zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. Naast de medische krijgen dan ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht. Door goed te luisteren naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en door de leefomgeving van de zwangere actief te betrekken, komt de zorg rond zwangerschap en geboorte beter in balans. De zorg krijgt daarmee een lerend karakter. De zwangere zelf heeft uiteraard ook een belangrijke eigen verantwoordelijkheid in dit proces.

| Concrete aanbevelingen | |
|--|---|
| 2010 | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casemanager voor iedere zwangere (§ 4.2) ▪ Op de individuele zwangere toegespits- te informatie ter voorbereiding op de bevalling en het moederschap (§ 4.2) ▪ Ontwikkel richtlijn ‘drang en (in) formele dwang’ (§ 4.5) ▪ Objectieve, eenduidige voorlichting over locatie van bevallen (§ 4.2) ▪ Vrije keuze locatie van bevallen alleen bij gezonde zwangerschap en veilige omgeving (§ 4.3) ▪ Continue begeleiding vanaf begin bevalling 1:1 (kraamverzorgende/O&G-verpleegkundige : vrouw) (§ 4.6) ▪ Medische bewaking vanaf begin bevalling 1:1 in eerste lijn, 1:2 in ziekenhuis (§ 4.5) ▪ Verduidelijk nut en noodzaak kraam- zorg (§ 4.5) ▪ Evaluatiegesprek tussen vrouw en casemanager ter afronding zwanger- schap (§ 4.4) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prenataal voorlichtingsprogramma om iedere zwangere bewust en alert te maken (§ 4.2 en § 4.3) ▪ Intensievere psychosociale begeleiding in achterstandssituatie (§ 4.5) ▪ Aandacht voor medische en sociale veiligheid vrouw, kind en professional (§ 4.6) ▪ 24/7 drempelloze toegang pijnbehandeling in alle ziekenhuizen (§ 4.3) ▪ Klinische kraambedden in elke regio (§ 4.5) |

Kanteling

Vrouwen moeten gezonder aan een zwangerschap beginnen, want: ‘Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder’. Daarvoor moet het accent in de zorg rond zwangerschap en geboorte kantelen naar de voorkant. Dit betekent: niet afwachten totdat zich tijdens de zwangerschap of bevalling risico’s voordoen, maar proactief en dus vooraf de best mogelijke condities creëren. Het bewerkstelligen van deze kanteling vergt met name voor vrouwen in achterstandssituaties extra inspanningen van medische en sociaal-maatschappelijk professionals.

| Concrete aanbevelingen | |
|---|---|
| 2010 | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Landelijke, uniforme preconceptieboodschap (§ 4.1) ▪ Aanvullende scholing professionals rond preconceptiezorg (§ 4.1) ▪ Programma Individuele Preconceptiezorg (§ 4.1) ▪ Ontwikkel lokaal netwerk voor zwangeren uit achterstandssituaties (§ 4.5) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laagdrempelig voorlichtingsprogramma ‘Gezond en veilig zwanger worden’ (§ 4.1) ▪ Nationaal programma voor zwangeren in achterstandssituaties (§ 4.5) ▪ Registratie individuele preconceptiezorg onderdeel PRN (§ 4.7) |

Gezonde en veilige zwangerschap, bevalling en kraamperiode

Voor iedere vrouw moet een zo goed en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap, bevalling en kraamperiode gegarandeerd zijn. Dit vereist op onderdelen een strakkere organisatie van de zorg rond zwangerschap en geboorte en de inzet van nieuwe instrumenten. Hierdoor verbetert de prenatale voorlichting en worden risico's eerder gesignaleerd. Zo kan beter worden geanticipeerd op ongunstige uitkomsten en kan sneller en meer adequaat worden gereageerd. Voor zwangeren uit achterstandssituaties is extra aandacht nodig.

| Concrete aanbevelingen | |
|---|--|
| 2010 | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casemanager voor iedere zwangere, die verantwoordelijk is voor coördinatie en continuïteit van zorg (§ 4.2) ▪ Iedere zwangere verplicht bespreken in vsv (§ 3.5) ▪ Casemanager stelt in samenspraak met zwangere geboorteplan met ijkmomenten op (§ 4.2) ▪ Verplicht huisbezoek vóór 34^e week (§ 4.2) ▪ Intensievere begeleiding vrouwen uit achterstandssituatie (§ 4.5) ▪ Terugdringen van het aantal overdrachtsmomenten tijdens de bevalling met handhaving van uitgangspunt: 'in eerste lijn wat kan, in tweede lijn wat moet' (§ 4.2) ▪ Bij melding levensbedreigende situatie parallelle in plaats van seriële actie (§ 4.3) ▪ Bevallende vrouw niet alleen (24/7 start begeleiding binnen 30 minuten) (§ 4.3) ▪ Maximaal één wisseling van kraamverzorgende tijdens kraamperiode (§ 4.4) ▪ Afschaffen eigen bijdrage bevalling in geboortecentrum of poliklinisch en eigen bijdrage kraamzorg (§ 4.3) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24/7 (dus dag en nacht gelijke zorg) start behandeling binnen 15 minuten (§ 4.3) ▪ kraamzorgintake voor iedere bevalling (§ 4.2) ▪ Onderzoek meerwaarde uitbreiding aantal geboortecentra voor verplaatste thuisbevalling (§ 4.3 en § 4.5) |

Kwaliteitsbeleid

Om de zorg rond zwangerschap en geboorte beter te laten presteren, is het noodzakelijk dat alle professionals zich committeren aan een gezamenlijk kwaliteitsbeleid in de perinatale zorg. Dit beleid richt zich op zowel medische als (psycho)sociale aspecten. Professionals bepalen samen welke kwaliteit moet worden geleverd om de zorg effectief, veilig en vraaggericht te maken. Aan de hand van multidisciplinaire normen wordt vervolgens bepaald welke aspecten van de huidige zorg goed zijn en welke verbeterd moeten worden.

| Concrete aanbevelingen | |
|---|--|
| 2010 | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontwikkeling Preconceptie Indicatie-lijst (§ 4.1) ▪ Doelgroepsspecifieke voorlichting via inburgeringscursus, meertalige informatie en preconceptiezorg op maat (§ 4.5) ▪ 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg (§ 4.3 en § 4.4 en § 4.6) ▪ Ontwikkel gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen, gevolgd door toetsing en evaluatie (§ 4.6) ▪ Verplichte deelname alle professionals aan registratiesysteem (PRN) (§ 4.7) ▪ BSN centraal element voor koppeling deelregistraties (§ 4.7) ▪ Verplichte deelname professional aan Perinatale Audit Nederland (§ 4.7) ▪ Gefaciliteerd en gestructureerd systeem voor Perinatale Audit (§ 4.7) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modernisering Verloskundig Vademecum (§ 4.2 en § 4.7) ▪ Protocol ‘verplicht harttonen’ luisteren (§ 4.3) ▪ Veldnorm per professional/organisatie minimaal aantal bevallingen/kunstverlossingen per jaar (§ 4.6) ▪ Gemeenschappelijk cliëntvolgend Perinataal Webbased Dossier, inclusief kraamdossier (§ 4.4 en § 4.6 en § 4.7) ▪ Verplicht veiligheidsmanagement-systeem (§ 4.6) ▪ Aanpassen curricula beroepsopleiding voor goede (na)zorg (§ 4.2 en § 4.4) ▪ Structureel follow-up onderzoek pasgeborenen (§ 4.7) |

Samen verantwoordelijk

De huidige gefragmenteerde zorg moet veranderen in een naadloos op elkaar aansluitend systeem van samenwerkende professionals. Zij zijn – samen met de zwangere – verantwoordelijk voor de beste zorg voor moeder en (ongeboren) kind. Om deze verbetering van de zorg rond zwangerschap en geboorte te garanderen, zijn heldere en beroepsgroep-overstijgende regie en sturing noodzakelijk. Het op te richten College Perinatale Zorg speelt hierin, samen met de verloskundige samenwerkingsverbanden en perinatologische centra, een cruciale rol.

| Concrete aanbevelingen | |
|--|---|
| 2010 | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Opstart College Perinatale Zorg (§ 3.5)▪ Gestructureerd en gefaciliteerd vsv (§ 3.5)▪ Verplichte deelname professional aan vsv (§ 3.5 en §4.6)▪ Heldere en bindende afspraken in vsv over taakverdeling preconceptiezorg, zwangerschap, bevalling en kraamperiode (§ 4.4)▪ Ontwikkel gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen, gevolgd door toetsing en evaluatie (§ 4.6) | <ul style="list-style-type: none">▪ Ontwikkel landelijke multidisciplinaire richtlijn overdrachtsmomenten (§ 4.4, § 4.5 en § 4.6)▪ Ontwikkel (ZiZo)-indicatoren voor hele perinatale zorg (§ 4.7)▪ Beroepsgroepoverstijgend Onderzoeksprogramma Perinatale Zorg (§ 2.6) |

5.2 Lopende trajecten

De afgelopen anderhalf jaar zijn er op initiatief van, of parallel aan de Stuurgroep, vele nieuwe activiteiten rond de zorg voor zwangerschap en geboorte tot ontwikkeling gekomen. Zo is de modernisering van de VIL gaande, is er een beroepsprofiel voor de klinisch verloskundige in ontwikkeling, is het ZiZo-traject voor het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren eerstelijns verloskundige zorg van start gegaan en zijn deze indicatoren voor de kraamzorg in de afrondende fase. Belangrijk is de opbouw van de Perinatale Audit Nederland (PAN).

5.3 Tot slot

De Stuurgroep wil benadrukken dat het realiseren van de aanbevelingen uit dit advies geen sinecure is en een gezamenlijke inspanning vergt van alle professionals en zwangeren.

Op het vlak van preventie, maar ook wat betreft de eigen verantwoordelijkheid van de aanstaande moeders en hun (eventuele) partners, valt veel winst te behalen om de maternale en perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen.

De professionals op de werkvloer hebben een sleutelrol. Zij moeten bereid zijn om al hun expertise met enthousiasme in te zetten om de zorg rond zwangerschap en geboorte verder te verbeteren. Maar dat kan en mag alleen van hen verwacht worden als zij daarin voldoende worden gefaciliteerd.

Zo moet de overheid voldoende middelen beschikbaar stellen én bereid zijn om op onderdelen bestaande regelgeving of voorschriften aan te passen. Van de beroepsgroepen en koepelorganisaties wordt verwacht dat zij samen aan de slag gaan om multidisciplinaire normen en richtlijnen te ontwikkelen – of tenminste bestaande normen en richtlijnen op elkaar laten aansluiten. Het op te richten College Perinatale Zorg zal hierin een belangrijke regierol vervullen. Het landelijk vaststellen van kaders en randvoorwaarden is essentieel om de uitvoering op regionaal en lokaal niveau tot een succes te brengen.

In dit advies aan de minister ligt dé mogelijkheid om de maternale en perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. De Stuurgroep adviseert de minister nadrukkelijk om de aanbevelingen uit dit advies integraal over te nemen.

_ bijlage

Bijlage 1

_ samenstelling Stuurgroep zwangerschap en geboorte

Voorzitter Dhr. J. van der Velden
 Secretaris Mevr. J.J. Pultrum

LEDEN

KNOV Dhr. J.J.M. Becker Hoff (plaatsvervanger: dhr. J. Toet)
 NVOG Mw. E. Everhardt (plaatsvervanger: mevr. V. van Dooren)
 LHV en VVAH Dhr. J.H. Blaauw en dhr. P. van den Hombergh
 NVK Mevr. S. Veen (plaatsvervanger: dhr. H.A.A. Brouwers)
 NVA Dhr. J.W. Kallewaard en dhr. C. van Oort
 ActiZ Mevr. I. Harmelink (plaatsvervanger: mevr. M. Buurman)
 BTN Mevr. D. van Langerak (plaatsvervanger: mevr. K. van der Lugt)
 NVZ Dhr. N.G.M Oerlemans
 ZN Mevr. H. Paans (plaatsvervanger: dhr. R. Gardenbroek)
 Kind en Ziekenhuis Mevr. B. Wijsen
 Consumentenbond Mevr. C. Vogeler

TOEHOORDER

RIVM Mevr. A.J.M. Waelput (plaatsvervanger: dhr. P. Achterberg)
 IGZ Mevr. M.P. Amelink-Verburg
 VWS Dhr. P.S.B. Boom (plaatsvervanger: mevr. M. Hink)

Bijlage 2

_ samenstelling vier taakgroepen

Taakgroep Kwaliteit

| | |
|------------|--------------------|
| Voorzitter | Dhr. W.J. Klop |
| Secretaris | Mevr. J.J. Pultrum |

LEDEN

| | |
|-------------|---|
| KNOV | Mevr. P.M. Offerhaus en mevr. G.C. Rijninks-van Driel |
| NVOG | Dhr. A.J. van Loon en dhr. E.A.P. Steegers |
| LHV en VVAH | Dhr. N. van Egmond |
| NVK | Dhr. A.F. Bos en dhr. J. Buijs |
| ActiZ | Mevr. I. Heidema |
| BTN | Dhr. P. van der Weide |
| ZN | Dhr. R. Gardenbroek |
| VSOP | Mevr. E. van Vliet-Lachotzki |

AGENDALID

| | |
|-----|----------------------------|
| NVZ | Dhr. N.G.M. Oerlemans |
| IGZ | Mevr. M.P. Amelink-Verburg |

Taakgroep Organisatie

| | |
|------------|--------------------|
| Voorzitter | Dhr. C. Bos |
| Secretaris | Mevr. J.J. Pultrum |

LEDEN

| | |
|--------------------|---|
| KNOV | Dhr. J. Toet en dhr. G. Gerats |
| NVOG | Dhr. J.M.M. van Lith en dhr. J.G. Nijhuis |
| LHV en VVAH | Dhr. P. van den Hombergh |
| NVK | Dhr. H.A.A. Brouwers |
| NVA | Dhr. J.W. Kallewaard en dhr. C. van Oort |
| ActiZ | Mevr. F. Dings |
| BTN | Mevr. I. van Pelt |
| ZN | Mevr. E. de Louwere en mevr. A. Maas |
| Kind en Ziekenhuis | Mevr. B. Wijsen |
| Het OuderSchap | Mevr. R. Verweij |

Taakgroep Achterstandssituaties

| | |
|------------|---|
| Voorzitter | Dhr. H.G.J. Nijhuis en dhr. H. Nordbeck |
| Secretaris | Mevr. J.J. Pultrum |

LEDEN

| | |
|---------------|--|
| KNOV | Mevr. F.M. Cadée en mevr. A.T.P.M. Verbeeten |
| NVOG | Dhr. H.I.J. Wildschut en dhr. C.A. Yedema |
| LHV en VVAH | Dhr. A.J.H. Jaspas |
| NVK | Dhr. E.J. Ree en dhr. B.J. Smit |
| ActiZ | Mevr. M. Huizer |
| BTN | Mevr. T. van Bommel |
| ZN | Dhr M. van den Boogert en mevr. A. Krüger |
| ROS Friesland | Mevr. L. van der Wal |
| NIGZ | Mevr. F. Alakay |
| STIOM | Mevr. K. van der Voorn |

Taakgroep Transparantie

| | |
|------------|----------------------------|
| Voorzitter | Mevr. M.P. Amelink-Verburg |
| Secretaris | Mevr. J.J. Pultrum |

LEDEN

| | |
|----------------|--|
| KNOV | Mevr. W. van Driel, mevr. I. van der Hoff en mevr. L.G.B.M. Post |
| NVOG | Dhr. A. Franx en dhr. J.P. Lips |
| LHV en VVAH | Dhr. M. Trompetter |
| NVK | Dhr. W.P. de Boode |
| ActiZ | Mevr. S. Bruijns |
| BTN | Mevr. D. van Langerak |
| ZN | Mevr. A.A. Offeringa |
| VKGN | Mevr. C.M. Aalfs |
| NIVEL | Mevr. T.A. Wiegers |
| RIVM | Mevr. A.J.M. Waelput |
| Zichtbare Zorg | Mevr. E.M. Meijer |
| Het OuderSchap | Mevr. R. Verweij |

Bijlage 3

_ bronnen

1. Peristat I: Zeitlin J, Wildman K, Bréart G, Alexander S, Barros H, Blondel B, et al. PERISTAT: indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. *Eur J Public Health*. 2003;13(3 Suppl):29-37
2. Peristat II: EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEONET. European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. 2008. Available: www.europeristat.com
3. VWS. Ketenzorg zwangerschap en geboorte. Kamerstuk 29 323/ 22 , nr 49. Juli 2008
4. VWS. Voortgangsrapportage zwangerschap en geboorte, bijlage. Kamerstuk 29 323, nr. 62. Februari 2009
5. Schutte JM, Steegers EA, Schuitemaker NW, Santema JG, de Boer K, Pel M, Vermeulen G, Visser W, van Roosmalen J; the Netherlands Maternal Mortality Committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*. 2009 Nov 26
6. Van Roosmalen J, Schuitemaker NW, Brand R, van Dongen PW, Bennebroek Gravenhorst J et al. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands. *BJOG*. 2002 Feb; 109(2):212-3
7. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG*. 2008; 115(7):842-50
8. Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff Roos J, Bottu J. Indicators of fetal and infant health outcomes. *Eur J Obstet and Gyn an Repr Biol*, 2003;111:S66-S77
9. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen - de Peristat-II-studie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2008;152(50):2718-27
- 10 a) Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2004; 148(38): 1855-60.
b) PRN 2004 . Perinatale Zorg in Nederland 2004. Bilthoven: PRN, 2007.
http://www.perinatreg.nl/uploads/150/104/Jaarboek_Perinatale_Zorg_2004.pdf
c) PRN 2007. Perinatale Zorg in Nederland 2007. Utrecht: PRN, 2009.
http://www.perinatreg.nl/uploads/150/116/Jaarboek_Perinatale_Zorg_2007.pdf
11. Treffers PE. Veertig jaar discussie over perinatale sterfte in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2004;148(38)1853-55
12. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP. Signalementstudie zwangerschap en geboorte - lijnen in de perinatale sterfte. Rotterdam, Erasmus MC, December 2009

13. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000-2006 - risicofactoren en risicoselectie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2008; 152(50): 2728-33
14. Tamminga P, Rijninks-van Driel G, Mohangoo A, Hukkelhoven C, Nijhuis J, Buitendijk S, Ravelli ACJ Neonatale uitkomsten. *Tijdschr Verlosk*, 2009: 30-36
15. Korteweg F, Holm J, Erwich JJ. Zinnig onderzoek bij antepartum sterfte, 2002-2006. *Tijdschr Verlosk*. 2003; (5):226-231
16. Gordijn SJ. On perinatal pathology: aspects of perinatal autopsy, placental pathology and classification of perinatal mortality. 2009 <http://irs.uib.rug.nl/ppn/321326962>
17. Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, Holm JP, Ravisé JM, Erwich JJ. A placental cause of intra-uterine fetal death depends on the perinatal mortality classification system used. *Placenta*. 2008 Jan; 29(1):71-80
18. Smith GC, Fretts RC, Stillbirth. *Lancet*. 2007; 370(9600):1715-25
19. Verhagen AAE. End-of-life decisions in Dutch neonatal intensive care units. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen. Zutphen; uitgeverij Paris:2009
20. Stoelhorst GMSJ, Rijken M, Martens SE, Brand R, Ouden den AL, Wit JM, Veen S. Changes in Neonatology: Comparison of two cohorts of very preterm infants (gestational age < 32 weeks): The Project On Preterm and Small for gestational age infants 1983 and The Leiden Follow-up Project on Prematurity 1996-1997. *Pediatrics*, 2005;115(2):396-405
21. Kollée LA, Brand R, Schreuder AM, Ens-Dokkum MH, Veen S, Verloove Vanhorick SP. Five year outcome of preterm and very low birth weight infants: a comparison between maternal and neonatal transport. *Obstet Gynecol*, 1992; 80 (4):635-638
22. Kollée LA, Ouden den AL, Drewes JG, Brouwers HA, Verwey RA. Toename van perinatale verwijzing naar regionale centra bij vroeggeboorte in Nederland: vergelijking van 1983 en 1993. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142 (3): 131-134
23. Stoelhorst GMSJ, Martens SE, Rijken M, Zwieten van PHT, Feenstra J, Zwinderman AH, Wit JM, Veen S. On behalf of the Leiden Follow-up Project on Prematurity. Developmental outcome at 18 and 24 months of age in very preterm children: a cohort study from 1996 to 1997. *Early Hum Dev* (2003); 72: 83-95
24. Wassenaer, van A. Neurodevelopmental consequences of being born SGA. *Pediatr Endocrinol Rev*, 2005;2(3):372-7
25. Wit JM. Implicaties van de Barker-hypothese voor de medicus practicus. *Ned Tijdschrift Geneesk*, 2000 dec 23; 144(52):2491-5
26. Cowan, F. Outcome after intrapartum asphyxia in term infants. *Semin Neonatol*, 2000;5:127-140
27. Handel van M, Swaab H, Vries de LS, Jongmans MJ. Long-term cognitive and behavioral consequences of neonatal encephalopathy following perinatal asphyxia: a review. *Eur J Pediatr* 2007;166:645-54
28. Veen S, Ens-Dokkum MH, Schreuder AM, Verloove-Vanhorick SP, Brand R, Ruys JH. Impairments, disabilities, and handicaps of very preterm and very-low-birthweight infants at five years of age. The Collaborative Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants (POPS) in The Netherlands. *Lancet*. 1991 Jul 6;338(8758):33-6

29. Hille ET, Weisglas-Kuperus N, Goudoever van JB, Jacobusse GW, Ens-Dokkum MH, Groot de L et al. Functional outcomes and participation in young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: The Dutch Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants at 19 years of age. *Pediatrics*, 2007;120(3):e587-95
30. www.cbs.nl Statline
31. a) Garssen J, Meulen van der A. Overlijdensrisico's naar herkomstgroep: daling en afnemende verschillen. *CBS Bevolkingstrends*, 2007; 55(4): 56-72
b) Ravelli AC, Tromp M, van Huis MM, Steegers EA, Tamminga P, Eskes M, Bonsel GJ. Decreasing perinatal mortality in the Netherlands, 2000-2006: a record linkage study. *J Epidemiol Community Health*. 2009
32. CBS. Perinatale sterfte onder de loep genomen. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2009
33. a) Troe, EJWM. Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality. The Generation R Study. Rotterdam: Erasmus Univeristy; 2008
b) Bittles AH. Consanguineous marriage and childhood health. *Dev Med Child Neurol* 2003b;45(8):571-6
34. Waelput AJM, Achterberg PW, Kinderwens van consanguïne ouders: risico's en erfelijkheidsvoorlichting (rapportnr 270032003). Bilthoven: RIVM; 2007
35. Lanting CI, Segaar D, Crone MR, Wouwe JP van. Licht dalende prevalentie van roken rondom de zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 2007; 151(46): 2566-9
36. Van der Hulst LA, Bonsel GJ, Eskes M, Birnie E, van Teijlingen E, Bleker OP. Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Mar;27(1):59-66
37. Bakker F, Graaf de H, Haas de S, Kedde H, Kruijer H, Wijsen C. *Seksuele Gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht, Rutgers Nisso Groep 2009
38. NVOG. Nota verwijzing naar een perinatologisch centrum. Samenwerking tweede en derde lijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht; NVOG: 2007
39. De Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008 Dec 13;152(50):2734-40
40. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000-2006; risicofactoren en risicoselectie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2008; 152(50): 2728-33
41. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek GJ, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* 2008 Apr;115(5):570-8
42. De Jonge A, Goes van der BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116(9):1177-84

43. De Groot MH. Travel time and intrapartum and neonatal mortality in term deliveries. Amsterdam: AMC-UvA; 2009
44. OHC rapportage 2008 . Van Eyck JPM, Offermans AC, Bolte KM, Sollie-Szarynska KWM, Bloemenkamp SG, Oei MP, Heringa FK, Lotgering JJ, Duvekot A, Schaap AHP. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2121-5
45. Neef de T, Hukkelhoven CW, Franx A, met medewerking van Everhardt E. Uit de lijn der verwachting. NTOG 2009;122(10): 341-2
46. ABCD-studie. www.abcdstudy.nl
47. Alderliesten ME, Stronks K, Lith van JM, Smit BJ, Wal van der MF, Bonsel GJ, et al. Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008 Jun;138(2):164-70
48. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. BJOG 2007 Oct;114(10):1232-9
49. Korfker DG, Herschderfer KC, Boer JB de, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage "Kraamzorg voor Allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen". Leiden: TNO; 2002
50. Fakiri el F, Kulu Glasgow I, Weide MG, Foets M. Verschillen in gezondheid en zorg: Turkse en Marokkaanse vrouwen over kraamzorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1998;76(1):13
51. www.zorgatlas.nl >> Zorg >> Ziekenhuiszorg >> Algemene en academische ziekenhuizen >> Aanbod >> Gynaecologie in ziekenhuizen
52. www.zorgatlas.nl >> Zorg >> Ziekenhuiszorg >> Algemene en academische ziekenhuizen >> Aanbod >> Reistijd naar spoedeisende hulp in ziekenhuis meer dan 30 minuten in afgelegen gebieden
53. Beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen, 2006
54. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care, 1998; 36(1): 54-66
55. CVZ. Landelijke Perinatale Audit Studie (LPAS) . Eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor Zorgverzekeringen. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2005
56. Vredevoegd CB, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. Perinatale sterfte getoetst: resultaten van een regionale audit. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001 Mar 10;145(10):482-7
57. De Reu PA, Nijhuis JG, Oosterbaan HP, Eskes TK. Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Jan;88(1):65-9
58. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). 8th Annual Report Focusing on Stillbirths, European Comparisons of Perinatal Care, Paediatric Post Mortem Issues, Survival Rates of Premature Babies: Project 27/28. London, 2001

59. Bergsjø P, Bakketeig LS, Langhoff-Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(9):780-8
60. Achterberg PW, Kramers PGN. Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit een internationaal perspectief. RIVM-rapport nr. 271558003. Bilthoven: RIVM, 2001
61. Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa, *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2004; 148(38): 1855-60
62. Mackenbach JP. Perinatale sterfte in Nederland: een probleem van velen, een probleem van niemand. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2006c; 150(8): 409-12
63. Kraamzorg in ontwikkeling. Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten. Den Haag: IGZ; april 2009
64. Fracheboud J, van Agt HEM, de Koning JH. Landelijke Evaluatie van prenatale screening op Downsyndroom en van het Structureel Echoscopisch Onderzoek. 1e resultaten november 2009. Rotterdam: Afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, 2009
65. Pal-de Bruin KM van der, Graafmans W, Biermans MC, Richardus JH, Zijlstra AG, Reefhuis J, Mackenbach JP, Verloove-Vanhorick SP. The influence of prenatal screening and termination of pregnancy on perinatal mortality rates. *Prenat Diagn.* 2002; 22(11):966-72
66. Gerrits-Kuiper JA, Heus R de, Brouwers HAA, Visser GHA, Ouden AL den, Kollée LAA. Op de grens van levensvatbaarheid: Nederlands verwijsbeleid bij vroeggeboorte te terughoudend. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2008; 152(7): 383-8
67. Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/19. ISBN 978-90-5549-657-0
68. Veldhuizen-Eshuis van H, Wieringa J. Advies stroomlijnen van informatie over preconceptiezorg (RIVM-rapport 225101001/2009). Bilthoven: RIVM; 2009
69. RVZ. Acute Zorg. Zoetermeer, 2003
70. GenerationR: www.generationr.nl
71. Verloskundig consortium: www.studies-obsgyn.nl
72. Gezondheidsraad. Pre-con-cep-tie-zorg: voor een goed begin. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; pu-bli-ca-tienr. 2007/19. ISBN 978-90-5549-657-0
73. RIVM. Advies stroomlijnen van informatie over preconceptiezorg. RIVM-rapport 225101001/2009
74. Veiligheidsprogramma "voorkom schade, werk veilig". Orde voor medisch specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie Universitaire Medische Centra, Vepleegekundigen en Verzorgenden Nederland en het landelijk Expertise-Centrum Verpleging en Verzorging. Utrecht, 12 juni 2007
75. Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde. Utrecht: NVOG, september 2009
76. Multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'. Utrecht: NVOG en NVA, 2008

