



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut

Samenvattend eindrapport van het inspectieonderzoek
naar de invoering van het Advies van de Stuurgroep
Zwangerschap en Geboorte

Utrecht, juni 2014

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

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

2 Conclusies – 13

- 2.1 Geboortezorg overal goed in beweging gekomen – 13
- 2.2 'Samen verantwoordelijk' krijgt meer vorm; voortgang moet in sommige regio's sneller – 13
- 2.3 Onvoldoende balans in aandacht voor SZG-speerpunten – 13
- 2.4 Te weinig aandacht voor evaluatie – 14

3 Bouwstenen voor de conclusies – 15

- 3.1 Geboortezorg in beweging – 15
 - 3.1.1 Onderzoeksmethode maakte meten van 'beweging' mogelijk – 15
 - 3.1.2 Grote verbeterbereidheid in het veld – 15
 - 3.1.3 Externe druk blijft nodig – 15
 - 3.1.4 Ook verbeterbereidheid op koepelniveau – 16
 - 3.1.5 Beweging ook als gevolg van andere ontwikkelingen – 16
- 3.2 Samen verantwoordelijk – 17
 - 3.2.1 Verloskundige Samenwerkingsverbanden in alle regio's, maar nog niet compleet – 17
 - 3.2.2 Rafelranden aan begin en einde van het zorgproces – 17
 - 3.2.3 Elkaar kennen en gedeelde visie noodzakelijk – 17
 - 3.2.4 Het 'geheim' van de perinatale audit – 18
 - 3.2.5 Bestuurlijke positie van VSV onduidelijk – 18
- 3.3 Onvoldoende balans – 19
 - 3.3.1 Randvoorwaarden voor acute zorg verbeterd – 19
 - 3.3.2 Onvoldoende aandacht voor preventie van risicofactoren – 19
 - 3.3.3 Zorg bij specifieke 'kwetsbare zwangeren' geregeld maar netwerk niet gesloten – 20
 - 3.3.4 Grote gaten in netwerk rond 'vrouwen in achterstandssituaties' – 20
 - 3.3.5 Onduidelijkheid over uitwerking van 'nieuwe instrumenten' – 21
- 3.4 Evaluatie op individueel, regionaal en landelijk niveau – 21
 - 3.4.1 Meldplicht van calamiteiten onvoldoende nageleefd – 21
 - 3.4.2 Gemiste kansen bij evaluatie op VSV-niveau – 21
 - 3.4.3 Geen structureel inzicht in cliëntervaringen – 22
 - 3.4.4 Evaluatie van ingezette veranderingen dringend nodig voor focus en prioritering – 22

4 Handhaving – 23

- 4.1 Maatregelen voor zorgverleners, instellingen en netwerken – 23
 - 4.1.1 Toetsingskaders gelden voor alle instellingen en netwerken – 23
 - 4.1.2 Ontbreken van voortgang onacceptabel – 23
 - 4.1.3 Verantwoording, toetsing en handhaving – 23
 - 4.1.4 Wettelijke meldplicht van calamiteiten moet nageleefd worden – 24
 - 4.1.5 Duizend bloeiende bloemen moeten een boeket worden – 24
- 4.2 Aanbevelingen voor het College Perinatale Zorg en de veldpartijen – 24

4.2.1	Oplossen van knelpunten – 24
4.2.2	Uitwerken van onduidelijke aanbevelingen – 24
4.2.3	Positie van VSV onderzoeken – 25
4.3	Aanbevelingen aan de minister van VWS – 25
4.3.1	Regie nodig over de vele lopende initiatieven – 25
4.3.2	Structurele evaluatie van de effecten van de veranderingen – 25
4.4	Vervolgacties inspectie – 26
5	Beschouwing – 27
6	Summary – 29
	Literatuurlijst – 31
Bijlage 1	Rapportages over het Toezichtonderzoek Geboortezorg – 33
Bijlage 2	Trefwoordenregister, met verwijzing naar de rapportages van het Toezichtonderzoek Geboortezorg – 35

Voorwoord

Moeder en kind in de hoofdrol. Dat was het uitgangspunt van *Een goed begin*, het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) met aanbevelingen voor verbetering van de geboortezorg in Nederland. De SZG had daarbij een brede focus voor ogen waarin, al vanaf de periode vóór de zwangerschap, aandacht is voor samenwerking, preventie en acute geboortezorg met een voortdurende alertheid of moeder en kind meer nodig hebben dan basiszorg.

In een meerjarig, breed onderzoek heeft de inspectie de invoering van de adviezen getoetst en waar nodig maatregelen gevraagd. We hebben, met waardering, gezien dat het veld voortvarend aan de slag is gegaan. Gezien het grote aantal aanbevelingen in het SZG-advies, is het te begrijpen dat niet alle SZG-aanbevelingen tegelijk geïmplementeerd konden worden. Uit ons onderzoek blijkt echter dat er geen goede balans was in de aanbevelingen die wel of niet zijn ingevoerd: in het bijzonder voor preventie en kwetsbare zwangeren was nog te weinig – op elkaar afgestemde, eenduidige - aandacht. Daarmee worden de mogelijkheden om de geboortezorg te verbeteren en de perinatale sterfte te verminderen, niet genoeg benut.

Ik roep alle betrokkenen op om, samen, krachtig door te gaan met het bouwen aan optimale geboortezorg met een goede balans in de volle breedte van het SZG-advies: een zorg waarin naast een 'goed geïnformeerde zwangere' een 'goed geïnformeerd netwerk van zorgverleners' staat dat de specifieke omstandigheden van de vrouw kent en de zorg daarop toespijdt. Maar het is ook nodig om op gezette tijden stil te staan bij de vraag: ligt de focus op de juiste zaken? Worden met deze veranderingen de beoogde doelen bereikt?

De koepels van de betrokken beroepsgroepen hebben een lange historie van onderlinge discussies over visie en organisatie van geboortezorg. Zoals in elk transitieproces vlammen deze discussies extra op, nu er zoveel beweging is in de organisatie van geboortezorg. In het inspectieonderzoek bleek dat dit geen invloed had op de werkvloer, in de samenwerking rond moeders en kinderen. Dat zou voor de inspectie ook onacceptabel zijn. Ik wijs de koepels met nadruk op hun verantwoordelijkheid om het veld voor te gaan in een goede samenwerking om het – gezamenlijk geformuleerde - doel van 'moeder en kind in de hoofdrol' te bereiken.

De aanleiding voor het SZG-advies was de perinatale sterfte in Nederland, die relatief hoog was ten opzichte van andere Europese landen (PERISTAT-studie). Tijdens en na de bevalling is de sterfte de afgelopen jaren gedaald, maar tijdens de zwangerschap nog niet. Hierin moet dringend verandering komen. Immers, als een kind, of een moeder, tijdens zwangerschap of geboorte overlijdt of ernstige schade oploopt, is dat een onvoorstelbaar drama, met levenslange impact voor alle betrokkenen. We moeten er alles aan blijven doen om dat, waar mogelijk, te voorkomen. Verbetering en evaluatie van geboortezorg blijven dus altijd nodig, zelfs al stond Nederland op de beste PERISTAT-positie.

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

Samenvatting

De geboortezorg is in beweging en is nergens meer hetzelfde als in 2010, toen de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte het rapport *Een goed begin* uitbracht (SZG-advies). Het veld is voortvarend en energiek aan de gang gegaan met de aanbevelingen, maar de brede focus die het SZG-advies voorstaat is beperkt opgepakt en evaluatie vindt onvoldoende plaats. Dit concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) op basis van het toezichtonderzoek Geboortezorg dat ze uitvoerde tussen augustus 2011 en januari 2014.

Het inspectieonderzoek omvatte het hele zorgproces van preconceptie-advisering tot en met de overdracht van de pasgeborene aan het consultatiebureau, met alle daarbij betrokken beroepsgroepen. Om de breedte van het veld en het proces goed in kaart te brengen werd het onderzoek opgebouwd uit zeven deelonderzoeken die, ieder vanuit zijn specifieke invalshoek, bijdroegen aan het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag: In hoeverre worden de aanbevelingen uit het advies van de SZG, die de risico's in de geboortezorg terug moeten dringen, in de praktijk uitgevoerd?

Dit rapport brengt de resultaten van de deelonderzoeken op hoofdlijnen samen. Voor nadere uitwerking wordt verwezen naar de onderliggende deelrapportages, waarin ook de resultaten van de specifieke deelonderzoeksvragen staan beschreven.

De inspectie constateert dat er rond alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) zijn, al zijn de VSV's in verschillende fasen van ontwikkeling. Daarmee is overal het fundament voor samenwerking in de geboortezorg gelegd. Dit geldt ook voor de mate waarin kraamzorg en jeugdgezondheidszorg zijn aangesloten op het netwerk van geboortezorg. De door de SZG beoogde 'naadloze, geïntegreerde zorg' is in de meeste regio's nog een stip op de horizon. De randvoorwaarden voor acute geboortezorg zijn verbeterd. Er was echter onvoldoende, VSV-breed afgestemde aandacht voor preventie van risico's, zoals door preconceptieadviesing of stoppen met roken-begeleiding. Voor specifieke groepen vrouwen, zoals asielzoekers of vrouwen met psychiatrische problematiek, was over het algemeen extra aandacht. Maar de geboortezorg voor vrouwen met minder uitgesproken problemen maar wel een extra zorgbehoefte, bijvoorbeeld door taal- en cultuurverschillen of lage sociaaleconomische status, was versnipperd. De mogelijkheden van evaluatie en het delen van ervaringen werden onvoldoende benut.

De inspectie heeft in de deelonderzoeken maatregelen opgelegd aan de onderzochte instellingen en/of zorgverleners en de invoering van de gevraagde maatregelen gevolgd. Daaruit bleek een grote verbeterbereidheid. Ook instellingen die niet bezocht zijn moeten voldoen aan de normen en zo nodig daartoe verbeteracties inzetten. De inspectie gaat hen, in aansluiting op dit rapport, vragen hierover verantwoording af te leggen. Ze zal dit vervolgens steekproefsgewijs en in haar incidententoezicht toetsen.

De uitdaging voor de komende jaren ligt in het vasthouden en versnellen van de ingezette beweging en het samenbrengen van de vele initiatieven die rond het SZG-advies zijn ontstaan. Hierin ligt een belangrijke taak voor het College Perinatale Zorg, maar de feitelijke uitvoering is aan de zorgverleners. De cruciale vraag is of met de ingezette veranderingen de beoogde doelen worden behaald. Dit vraagt om een structurele evaluatie op regionaal en landelijk niveau. De uitkomsten daarvan kunnen de focus voor de komende jaren scherper stellen en helpen bij prioritering.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2004 en 2008 bleek uit een Europese vergelijking (PERISTAT) dat de perinatale sterfte^a in Nederland relatief hoog was.^{1,2} Daarop volgende, elkaar tegensprekende, onderzoeksresultaten leidden tot heftige discussies in het veld die vaak via de media gevoerd werden.

De toenmalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dr. A. Klink, stelde daarop in 2008 de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in met de opdracht 'concrete en realistische voorstellen te doen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren'. In deze ad-hoc commissie waren alle bij de geboortezorg betrokken veldpartijen vertegenwoordigd. Op 6 januari 2010 presenteerde de SZG het advies '*Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*' waarin een groot aantal min of meer concrete aanbevelingen staan om de geboortezorg in Nederland te verbeteren en de perinatale en maternale sterfte te verlagen (verder: SZG-advies³).

Gezien het multidisciplinaire bestuurlijke draagvlak voor het advies, beschouwde de inspectie het SZG-advies als niet-vrijblijvend. Zij besloot tot een thematisch toezichtonderzoek om er op toe te zien dat het veld zijn eigen aanbevelingen en normen zou omzetten in concrete doelen en daden. Daarvoor had zij meerdere redenen.

- Vanuit haar toezichthoudende taak kan de inspectie een bijdrage leveren aan de implementatie van het SZG-advies en waar nodig een grotere inspanning van zorgverleners afdwingen om de gewenste verbetering te realiseren.
- Voor uitvoering van het SZG-advies moeten zorgverleners op een aantal onderdelen fundamenteel anders gaan samenwerken; dat vraagt om hervorming van de bestaande werkwijzen. Ook wordt een aantal nieuwe taken of werkwijzen voorgesteld die vaak nog geen gemeengoed zijn. Dit biedt kansen, maar kan ook risico's opleveren.
- De ingezette verbeteringen in de sector moeten juist nu geconsolideerd worden voor een veilige en verantwoorde geboortezorg, ook in de toekomst. Hoewel de perinatale sterfte in Nederland volgens recente cijfers daalt⁴ zijn de aanbevelingen uit het SZG-advies onverminderd relevant. Het verder terugdringen van risico's op sterfte en morbiditeit levert veel op, op individueel en op volksgezondheidsniveau.
- De SZG-aanbevelingen over de 7x24-uurs inrichting van de zorg versterkten de, al langer bestaande, bewegingen in het zorglandschap: op veel plaatsen werden veranderingen in de samenwerking tussen (tweedelijns) instellingen en concentratie van geboortezorg in gang gezet of overwogen. Dit kan gevolgen hebben voor de veiligheid en de bereikbaarheid van deze zorg.

1.2 Onderzoeksvragen

De centrale vraag van het thematisch toezichtonderzoek Geboortezorg was: In hoeverre worden de aanbevelingen van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, die de risico's in de geboortezorg in Nederland terug moeten dringen, in de praktijk uitgevoerd door de zorgverleners rond een zwangere en haar kind(eren), afzonderlijk en als netwerk?

a Perinatale sterfte: sterfte van een kind na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, voor of tijdens de geboorte of in de eerste week na de geboorte.

Het toezichtonderzoek Geboortezorg omvatte, het SZG-advies volgend, het hele zorgproces van preconceptieadvies tot en met de overdracht van de pasgeborene aan het consultatiebureau, met alle daarbij betrokken beroepsgroepen. Om de breedte van het veld en het proces goed in kaart te brengen werd het onderzoek opgebouwd uit zeven deelonderzoeken die elkaar opvolgden in tijd. Ieder deelonderzoek droeg, vanuit zijn specifieke invalshoek, bij aan het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag. Daarnaast onderzocht ieder deelonderzoek specifieke deelvragen. Hiervoor wordt verwezen naar de separate rapportages over het inspectieonderzoek Geboortezorg (zie bijlage 1 voor een overzicht daarvan).

Afbakening

In het toezichtonderzoek Geboortezorg toetste de inspectie de kaders en randvoorwaarden voor verantwoorde geboortezorg. Zo werd bijvoorbeeld beoordeeld of richtlijnen multidisciplinair werden onderschreven en bij alle betrokkenen bekend waren, maar niet of de inhoud van de richtlijnen correct was; dat is de expertise en verantwoordelijkheid van het veld zelf. Ook werden niet de resultaten van zorgverlening getoetst. Hiervoor heeft de inspectie andere instrumenten, zoals het onderzoek naar gemelde calamiteiten (incidententoezicht).

De toetsing vond plaats op het niveau van de 'werkvloer'. In het onderzoek werden niet betrokken SZG-aanbevelingen die vragen om een landelijke beleidsbeslissing (zoals het opzetten van een nationaal programma voor zwangeren in achterstands-situaties), om acties van de beroepsgroepen (zoals modernisering van het verloskundig vademecum) of om wetenschappelijk onderzoek (zoals naar de meerwaarde van geboortecentra)⁵.

Doel van het onderzoek

Het doel van het toezichtonderzoek Geboortezorg was te toetsen in hoeverre de normen voor verantwoorde geboortezorg, zoals door de veldpartijen zelf geformuleerd, worden nageleefd door alle betrokken zorgverleners.

De inspectie beoogt met haar toezichtonderzoek eraan bij te dragen dat in iedere regio in Nederland een netwerk bestaat waarin alle betrokken zorgverleners, van preconceptieadvies tot consultatiebureau, samenwerken om de risico's in de perinatale zorg terug te dringen, om de moeder en haar (ongeboren) kind optimale zorg te verlenen en om tijdig te signaleren als moeder of kind meer nodig hebben dan basiszorg. Hierdoor moet ieder kind optimale kansen krijgen om een gezonde start te maken. Het beoogde overall effect is dat hierdoor het risico op schade en sterfte bij moeder en kind rond de geboorte geminimaliseerd wordt.

1.3 Onderzoeksmethode en periode

Het SZG-advies geeft 60 concrete aanbevelingen, samengevat in zeven speerpunten (tabel 1). Hieruit selecteerde de inspectie die aspecten waarbinnen risico's op gezondheidsschade groot zijn en waar ze met haar toezicht die risico's kan reduceren. Zij maakte deze selectie op basis van haar kennis uit het incidententoezicht en eerder inspectieonderzoek, gebruikmakend van de 'IGZ-selectie-trechter'^{6,b}. De focus van het toezichtonderzoek kwam hiermee te liggen op samenwerking, preventie en tijdige signalering, acute zorg en evaluatie.

b De IGZ-selectie trechter bevat vijf criteria: betreft het een belangrijk gezondheidsprobleem, gaat het om risicovolle zorg, is het inspecteerbaar en vervolgens handhaafbaar, en is de IGZ de meest gereede instantie om het probleem op te lossen.

Tabel 1
De speerpunten van het SZG-advies

- 1 *Moeder en kind in de hoofdrol*
- 2 *Gezond oud worden begint al in de baarmoeder*
- 3 *Goed geïnformeerde zwangere*
- 4 *Samen verantwoordelijk*
- 5 *Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties*
- 6 *Bevallende vrouw niet alleen*
- 7 *24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid*

Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende deelonderzoeken van het Toezichtonderzoek Geboortezorg.

Tabel 2
Overzicht van de zeven deelonderzoeken in het Toezichtonderzoek Geboortezorg

Doelgroep	Vraagstelling betrof	Methode	Periode
Ziekenhuizen ^{7,8}	Implementatie SZG-advies	Schriftelijke vragenlijst aan alle ziekenhuizen	Augustus 2011-2012
Eerstelijns verloskundigen ^{9,10}	Implementatie SZG-advies, indicatoren Zichtbare Zorg, meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Toetsing van stoppen met roken-begeleiding	Bezoeken aan 21 eerstelijns verloskundigen praktijken	2012
Verloskundig actieve huisartsen (VAH) ^{11,12}	Verloskundige zorg verleend door huisartsen en implementatie stuurgroepadvies	Elektronische vragenlijst aan huisartsen	2012-2013
Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) ^{13,14}	Functioneren netwerk verloskundige zorg, van preconceptie-advisering tot en met de overdracht aan de JGZ	Tweedaagse bezoeken aan 19 VSV-regio's	2012-2013
Netwerk rond asielzoekers ¹⁵	Geboortezorg aan een specifieke groep kwetsbare zwangeren: asielzoekers	Bezoeken aan netwerken rond 9 opvanglocaties voor asielzoekers	2013
Kraamzorg en jeugdgezondheidszorg (JGZ) ¹⁶	Samenwerkingsafspraken rond het kraambed bij kraamzorg en JGZ	Elektronische vragenlijst aan alle kraamzorg en JG-organisaties plus bezoeken aan 10 regio's	2013
IGZ intern ^{17,18}	Calamiteiten in de verloskundige zorg	Analyse van bij de inspectie gemelde calamiteiten in de verloskundige zorg	2013

1.4

Toetsingskader

In het Toezichtonderzoek Geboortezorg was het SZG-advies het uitgangspunt. Uit de aanbevelingen van het SZG-advies destilleerde de inspectie toetsingskaders bij de specifieke vraagstellingen van de deelonderzoeken. Deze werden aangevuld met normen uit relevante wetgeving en richtlijnen.¹⁹

De gehanteerde toetsingskaders werden besproken met de betreffende beroeps-groep(en) om draagvlak te creëren en waar opportuun synergie te bewerkstelligen. Een belangrijke gesprekspartner daarin was het College Perinatale Zorg (CPZ), waarin alle bij de geboortezorg betrokken disciplines zijn vertegenwoordigd.²⁰ Minister E. Schippers van VWS stelde dit College in september 2011 in, met de opdracht de aanbevelingen van het SZG-advies uit te voeren.

Een overzicht van alle gebruikte toetsingskaders is te vinden op www.igz.nl/onderwerpen→geboortezorg.¹⁹

1.5 Leeswijzer

De conclusies uit hoofdstuk 2 geven antwoord op de centrale onderzoeksvraag.

De bouwstenen voor deze conclusies worden gevonden in de grote hoeveelheid resultaten en conclusies van de zeven deelonderzoeken. Hoofdstuk 3 vat deze bouwstenen op hoofdlijnen samen. Een nadere onderbouwing staat in de rapportages over de betreffende deelonderzoeken, die alle elektronisch beschikbaar zijn. Daarin staan ook de uitwerking en resultaten van de specifieke deelvragen beschreven.

Hoofdstuk 4 gaat in op de handhavingsmaatregelen die in de verschillende deelonderzoeken zijn opgelegd en formuleert de maatregelen en aanbevelingen die uit de overkoepelende conclusies voortkomen.

Bijlage 1 geeft een overzicht van alle rapportages uit het Toezichtonderzoek Geboortezorg, die elektronisch toegankelijk zijn op www.igz.nl/onderwerpen→geboortezorg.

Het trefwoordenregister in bijlage 2 verwijst naar de rapportage(s) waarin het betreffende onderwerp geadresseerd is.

2 Conclusies

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte geeft met dit advies haar visie hoe we in Nederland met elkaar moeten gaan bouwen aan een eigentijdse, betrouwbare en toekomstbestendige 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.

Visie van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, januari 2010

De centrale vraag van het Toezichtonderzoek Geboortezorg^c in Nederland was: In hoeverre worden de aanbevelingen uit het advies van de SZG, die de risico's in de geboortezorg terug moeten dringen, in de praktijk uitgevoerd?

2.1 **Geboortezorg overal goed in beweging gekomen**

Het SZG-advies heeft in het hele land, en in alle regio's, geleid tot aanpassingen. Nergens was de (organisatie van) geboortezorg nog hetzelfde als in januari 2010. De inspectie trof zorgverleners en bestuurders die gemotiveerd waren om de geboortezorg te verbeteren. Het tempo waarin dat gebeurde was niet overal gelijk. De vragen en bezoeken van de inspectie brachten daarin een versnelling teweeg.

2.2 **'Samen verantwoordelijk' krijgt meer vorm; voortgang moet in sommige regio's sneller**

Alle regio's hadden een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Het veld heeft daarmee het fundament voor samenwerking in de geboortezorg gelegd, maar de keten was met name aan de uiteinden nog niet gesloten: kraamzorg en jeugd-gezondheidszorg waren nog onvoldoende aangesloten op het netwerk van geboortezorg.

Er was een grote variatie in de mate waarin SZG-aanbevelingen in de praktijk waren ingevoerd. Dit hing samen met de fase waarin de samenwerking in de regio al dan niet al vorm had gekregen.

Elkaar kennen, en een gedeelde visie op de manier waarop men in de regio optimale geboortezorg wil leveren, bleken essentieel voor de kans op slagen, zowel voor korte termijn plannen als voor 'de stip op de horizon' van geïntegreerde zorg. Sommige regio's moesten nog aan het gesprek over deze visie beginnen. In andere regio's was al een ver gevorderde naadloze samenwerking. Hoewel deze verschillen acceptabel zijn, is ontbreken van voortgang voor de inspectie onacceptabel.

2.3 **Onvoldoende balans in aandacht voor SZG-speerpunten**

Het veld maakte tot nu toe een beperkte keuze uit de SZG-aanbevelingen. Het SZG-advies zet in op een brede aanpak in zeven speerpunten (tabel 1). Daarvan kregen de aanbevelingen over de organisatie van de samenwerking en over de bevalling/acute zorg overal veel aandacht. Aan de aanbevelingen voor tijdig signaleren en preventie van risico's werd echter weinig tot geen uitvoering gegeven. Er was extra aandacht voor specifieke kwetsbare groepen vrouwen, zoals asielzoekers of vrouwen met psychiatrische problematiek. De zorg voor kwetsbare zwangeren met minder uitgesproken problemen was echter nog versnipperd. Hierdoor kunnen juist de zwangeren bij wie de kans op maternale en perinatale sterfte en ziekte het hoogst

^c Onder geboortezorg verstaat de inspectie in dit verband het hele proces van preconceptieadviesing tot en met de overdracht van de pasgeborene naar het consultatiebureau.

is, die het meeste baat hebben bij een sluitend netwerk, daar niet van profiteren. De mogelijkheden om de beoogde gezondheidswinst te realiseren worden zo onvoldoende benut.

Het SZG-advies besteedt veel aandacht aan nieuwe instrumenten 'om een zo gezond mogelijke veilige zwangerschap en het opsporen van risico's te kunnen garanderen', vooral gericht op de zwangere met extra zorgbehoefte. De inspectie heeft een VSV-breed gebruik van deze nieuwe instrumenten (preconceptie-advisering, *casemanager*, zorgpad/geboorteplan, huisbezoek) niet of nauwelijks aangetroffen. Juist bij ingewikkelde (sociale) problematiek is een eenduidige benadering en motivering van de zwangere cruciaal om de noodzakelijke verandering te bewerkstelligen. De inspectie beschouwt het ontbreken hiervan dan ook als een gemiste kans.

2.4 Te weinig aandacht voor evaluatie

Er was nog te weinig aandacht voor een structurele evaluatie van de verleende zorg, op individueel, regionaal en landelijk niveau.

De perinatale audit, een systematiek voor evaluatie van perinatale sterfte, was overall ingevoerd. De wettelijke verplichting om calamiteiten aan de inspectie te melden²¹ werd echter onvoldoende nageleefd. Structurele gezamenlijke evaluatie van ervaringen van vrouwen werd onvoldoende uitgevoerd.

In alle VSV's vond evaluatie plaats, maar dit bleef – op de perinatale audit na – meestal binnen de eigen discipline. Door de mogelijkheden van de aanwezige data niet ten volle te benutten, blijft het inzicht in het verbeterpotentieel beperkt.

De cruciale vraag is of met de – soms ingrijpende - ingezette en voorgenomen veranderingen de beoogde doelen worden behaald. Dit behoeft een systematische evaluatie op landelijk niveau. Deze evaluatie heeft nog niet plaatsgevonden.

3 Bouwstenen voor de conclusies

De inspectie voerde het Toezichtonderzoek Geboortezorg uit in zeven deelonderzoeken. Deze leverden de bouwstenen aan voor de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. In dit hoofdstuk wordt een aantal hiervan aangestipt en met elkaar in verband gebracht.

Conclusie 1: Geboortezorg overal goed in beweging gekomen

3.1 Geboortezorg in beweging

3.1.1 Onderzoeksmethode maakte meten van 'beweging' mogelijk

Het inspectieonderzoek begon in augustus 2011 met een vragenlijst aan alle ziekenhuizen. Dit kan, voor de onderwerpen die daarin aan de orde kwamen, als een nulmeting gezien worden.

In de deelonderzoeken die daarna volgden en in de bezoeken die de inspectie in de periode 2012 tot 2013 bracht, werden – onder meer - de onderwerpen uit de vragenlijsten opnieuw aan de orde gesteld. Ook de vraag wat de SZG-aanbevelingen voor de betreffende beroepsgroep of instelling voor gevolgen hadden gehad was een gespreksonderwerp. De rapportages over de bezoeken en/of vragenlijsten leidden waar nodig tot verbetermaatregelen, waarover de betrokken instellingen vervolgens aan de inspectie rapporteerden. Op deze manier kon een aantal ontwikkelingen concreet in beeld worden gebracht.

In het onderzoek heeft de inspectie informatie verkregen van de bij de geboortezorg betrokken zorgverleners, bestuurders en ouders: schriftelijke informatie van 643 respondenten en mondelinge informatie van 698 zorgverleners en van ouders van 58 pasgeborenen.

3.1.2 Grote verbeterbereidheid in het veld

De inspectie concludeert dat er een grote verbeterbereidheid is in het veld. Voor veel zorgverleners gold het SZG-advies als aanjager van al langer gewenste veranderingen. Overal waren bevlogen zorgverleners en bestuurders die gemotiveerd en bereid waren extra energie en tijd aan te wenden voor verbetering van de geboortezorg in hun regio.

Daarbij was er weinig discussie over de noodzaak of het belang van verandering. Wel werd 'haalbaarheid' vaak genoemd als belemmering. Bijvoorbeeld dat normen nog onvoldoende zijn uitgewerkt, zoals de definitie van 'casemanager'. Of de complexe financieringsstructuur, zoals voor de preventie- en interventieprogramma's van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) die afhankelijk zijn van financiering door de gemeente. Of dat men niet weet hoe het te organiseren, zoals het gezamenlijk bespreken van zwangeren.

Het viel op dat men bij deze haalbaarheidsvraagstukken weinig bij elkaar te rade ging; iedere regio en instelling was vooral bezig met zijn eigen proces.

3.1.3 Externe druk blijft nodig

Er was geen enkele regio die aan alle getoetste normen voldeed. De verbetermaatregelen die de inspectie vroeg werden, soms ruim binnen de daarvoor gegeven tijd, genomen. Waar de inspectie een situatie aantroef die hoge risico's met zich

meebracht voor de veiligheid van moeder en kind (zoals in de bezetting en taakafbakening van zorgverleners) trof de zorgaanbieder direct de noodzakelijke maatregelen.

De inspectie constateerde bij de bezoeken dat sommige – schriftelijk als reeds gerealiseerd opgegeven – acties waren gedateerd kort voor het inspectiebezoek, zoals VSV-samenwerkingsafspraken, het protocol parallelle actie of de toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en eerstelijns verloskundigen. Soms kwam dat door een gezamenlijke voorbereiding op het inspectiebezoek, waarbij men de onderlinge afspraken had geactualiseerd en aangescherpt.

3.1.4 *Ook verbeterbereidheid op koepelniveau*

Als de inspectie in één van haar deelonderzoeken risico's tegenkwam die de regio of instelling overstegen, sprak ze de besturen van de betreffende beroepsorganisaties daarop aan.

Zo pasten de betrokken zeven koepelorganisaties binnen enkele maanden de richtlijn aan toen uit het inspectieonderzoek was gebleken dat de taakverdeling tussen de vele partijen in het netwerk rond een zwangere asielzoekster niet sluitend was.²² Een multidisciplinaire werkgroep van vier beroepsgroepen stelde in korte tijd een *Standard Operating Procedure* op waarin de voorwaarden voor veilig gebruik van een medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling (met remifentanyl) zijn beschreven.²³ De bij het kraambed betrokken koepels zijn om tafel gegaan om gezamenlijk te bedenken hoe de taakverdeling tussen verloskundige, kraamverzorgende en JGZ rond samenwerking en overdracht kan verbeteren. En de vragen die de inspectie aan de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) stelde, op basis van haar inventarisatie van welke huisartsen deze zorg hoe aanbieden, pakte de VVAH voortvarend op, in afstemming met het College Perinatale Zorg.

De inspectie concludeert uit deze voortvarende acties dat ook op koepelniveau de verbeterbereidheid groot is.

3.1.5 *Beweging ook als gevolg van andere ontwikkelingen*

Het veranderende zorglandschap vraagt zorgverleners, soms sterk tegen hun zin, te bewegen. In 2004 waren er 97 ziekenhuizen met een verloskunde afdeling; in 2013 waren dat er nog 89, met een aantal aangekondigde sluitingen in de komende jaren.

Bij concentratie veranderen de regio-indelingen. Dat vraagt – afgezien van alle organisatorische en praktische aanpassingen – ook om nieuwe samenwerkingsrelaties tussen alle betrokken partijen. Betrokkenen ervaren dit als een emotioneel en tijdrovend proces, maar de nieuwe situatie wordt ook als een kans gezien om de geboortezorg opnieuw, vanuit een geïntegreerd model, vorm te geven. Daarin komen niet alleen eerste- en tweedelijns verloskunde, maar ook verloskunde en kindergeneeskunde dicht bij elkaar (zichtbaar in bijvoorbeeld kraam- en neosuites).

Conclusie 2:
'Samen verantwoordelijk' krijgt meer vorm; ontbreken voortgang onacceptabel

3.2 Samen verantwoordelijk

3.2.1 *Verloskundige Samenwerkingsverbanden in alle regio's, maar nog niet compleet*

Bij de geboortezorg zijn veel zorgverleners uit veel verschillende disciplines betrokken. Om de doelen van de SZG te bereiken is een gestructureerde samenwerking rond moeder en kind een noodzakelijke voorwaarde.

De inspectie besteedde in haar onderzoek dan ook veel aandacht aan de organisatie van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en aan de wijze waarop het functioneerde. Op 1 januari 2013 was in de regio rond ieder ziekenhuis een VSV.

In de VSV's was de kraamzorg, verplichte deelnemer volgens de SZG, vaak nog niet vertegenwoordigd. Vaak werd daarvoor een praktisch bezwaar genoemd, de grote hoeveelheid aanbieders in een regio. In andere regio's werd dit bezwaar ondervangen door samenwerkingsverbanden tussen kraamzorgorganisaties met een gemandateerde afvaardiging in het VSV.

Ook verloskundig actieve huisartsen (VAH) waren niet altijd aangesloten bij het VSV in hun regio. Uit het inspectieonderzoek bleek dat er over het hele land verspreid huisartspraktijken met VAH zijn, maar dit speelde niet in iedere VSV-regio omdat het aantal VAH de laatste jaren sterk is gedaald, naar 77 praktijken in 2012.

3.2.2 *Rafelranden aan begin en einde van het zorgproces*

'Geboortezorg' betreft het hele zorgproces van preconceptieadvies tot en met de overdracht van de pasgeborene naar het consultatiebureau. De inspectie constateert dat de uiteinden van dit zorgproces niet goed doorlopen.

Preconceptieadvies (PCA) werd in de praktijk vrijwel alleen gegeven op (medische) indicatie, ondanks het ruime aanbod vanuit eerstelijns verloskundigen. De doelgroep waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt (de niet-hoogopgeleide, ongezond levende en slecht geïnformeerde zwangere), wordt blijkbaar nog niet bereikt. Nergens trof de inspectie hiervoor een VSV-breed beleid aan.

Aan het andere uiteinde, de samenwerking rond het kraambed, was onvoldoende afstemming en structuur voor een naadloze overdracht tussen verloskundige, kraamverzorgende en JGZ. De overdracht aan de JGZ was onvolledig en vaak geen gezamenlijke verantwoordelijkheid van kraamzorg en verloskundige. De JGZ had over de hele linie weinig aansluiting met wat er in het VSV gebeurde en omgekeerd kende het VSV vaak niet de mogelijkheden van de JGZ op het gebied van vroege interventie. Vooral bij kwetsbare groepen is dit een gemiste kans.

3.2.3 *Elkaar kennen en gedeelde visie noodzakelijk*

In sommige regio's lag de focus nog vooral op de basisdoelstellingen, zoals bevorderen van de samenwerking, afstemming op vakinhoudelijk en beleidsmatig gebied. In andere regio's waren concrete aanvullende doelen benoemd die in multidisciplinaire werkgroepen werden uitgewerkt, zoals het vaststellen van zorgpaden, gezamenlijke voorlichting, een gezamenlijk echocentrum en de inrichting van de te verbouwen verlosafdeling. Veel regio's hadden als uiteindelijk doel het bereiken van een zorgcontinuüm, 'integrale zorg'.

In veel regio's maakte men tijdens de gesprekken met de inspectie voor het eerst kennis met zorgverleners respectievelijk bestuurders van buiten de eigen organisatie. Met name de JGZ, kleine kraamzorgorganisaties en de ambulancevervoerder waren vaak onbekend met en bij de overige partijen.

Werkelijk geïntegreerde zorg, waarbij alle betrokkenen naadloos op elkaar aansluiten en de (aanstaande) moeder de voordelen van zorg uit alle echelons kan genieten, was nog nergens ten volle gerealiseerd. In enkele regio's was dat al wel op onderdelen gerealiseerd, bijvoorbeeld voor de zwangerschap, door het maken van gezamenlijke zorgpaden die de bijdragen van de verschillende netwerkpartners aangaven.

Een gedeelde visie op het te bereiken doel is een voorwaarde om alle betrokken professies mee te krijgen in veranderingen van zorg of processen. Terecht besteedden VSV's veel aandacht aan die visieontwikkeling. De regio's waren meer of minder ver in dat proces en dat bepaalde ook de voortgang van de implementatie van de SZG-aanbevelingen.

Aan de andere kant benoemden zorgverleners ook dat ze, juist door met een concreet actiepunt aan de slag te gaan, elkaar leerden kennen op een andere manier dan in het primaire proces, en daardoor meer begrip voor elkaar kregen.

3.2.4 *Het 'geheim' van de perinatale audit*

Een voorbeeld van 'gezamenlijk aan de slag gaan' is de perinatale audit, die in alle VSV's structureel werd gehouden. De bijeenkomsten van de perinatale audit zijn grootschalig: grote volle zalen met zorgverleners van verschillende disciplines. Het gaat over een ingrijpende gebeurtenis: perinatale sterfte. En een zeer gevoelige vraag: is er substandaard zorg geleverd? Toch benoemden zorgverleners in alle regio's de auditbijeenkomsten als 'veilig'. Daarnaast bleek het auditproces de diverse zorgverleners dichter bij elkaar te brengen: men leerde elkaar kennen en vertrouwen. De perinatale audit werd expliciet door alle betrokkenen als gezamenlijke VSV-activiteit gevoeld.

Hierin schuilt een geheim dat het VSV zou moeten benutten.

3.2.5 *Bestuurlijke positie van VSV onduidelijk*

Het VSV heeft geen duidelijke positie in relatie tot de professionele organisaties. Het VSV is geen juridische entiteit en is dan ook geen formele gesprekspartner bij overleggen, zoals bijvoorbeeld over voorgenomen concentratie van zorg. Ook de bestuurlijke positie van het VSV-bestuur is onduidelijk: sommige VSV's hebben wel de taken en verantwoordelijkheden van het VSV-bestuur voor de deelnemers vastgelegd, maar de verantwoordelijkheid en bevoegdheid ten opzichte van andere bestuurders en gremia is niet geconcretiseerd. Dat kan dit, volgens het SZG-advies zo belangrijke, gremium hinderen in zijn slagkracht.

In de huidige vorm valt het VSV niet onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dat impliceert dat de inspectie een VSV, als entiteit, wel kan aanspreken, adviseren en stimuleren tot verbetering. Ze kan echter geen handhavingsmaatregelen opleggen als het VSV de verbetering niet realiseert en moet dan daarvoor de individuele instellingen aanspreken. In het toezichtonderzoek leverde dit overigens geen probleem op en voerden de bezochte VSV's de gevraagde verbeteringen uit.

Conclusie 3: Onvoldoende balans in aandacht voor SZG-speerpunten

3.3 Onvoldoende balans

3.3.1 Randvoorwaarden voor acute zorg verbeterd

Op het gebied van acute zorg zag de inspectie duidelijke verbeteringen ten opzichte van de situatie die ze uit het incidententoezicht kent.

Onder de titel 'Eén telefoontje' beschrijft het SZG-advies hoe nodeloos tijdverlies wordt voorkomen bij een onverwachte spoedsituatie thuis, door benodigde zorgverleners op te roepen en te zorgen dat alles klaar staat als de patiënte in het ziekenhuis aankomt. Op 1 januari 2013 hadden alle VSV's zo'n 'Protocol Parallele Actie'. In 2011 was dit nog minder dan een kwart.

Bijkomend effect was dat veel ziekenhuizen nu ook concreet hadden vastgelegd wie de bevoegdheid heeft om gynaecoloog, anesthesioloog, OK-team en kinderarts op te roepen als een 'parallele actie' binnen het ziekenhuis geïndiceerd is. In de eerste lijn was de samenwerking tussen verloskundigen en regionale ambulancevervoerders geïntensiveerd.

Het aanbod van (multidisciplinaire) trainingen voor verloskundige spoedsituaties is omvangrijk en wordt intensief benut in de eerste lijn, in de kraamzorg, in de ambulancezorg en in het ziekenhuis. Wel was dit nog vaak alleen binnen het eigen echelon. De rol van de 'geautoriseerd obstetrisch professional' (GOP) in de ziekenhuizen (de klinisch verloskundige of arts-assistent) is de afgelopen jaren sterk toegenomen, met name de rol van de klinisch verloskundige. De taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen gynaecoloog, GOP, verpleegkundigen en kraamverzorgenden zijn beter afgebakend.

3.3.2 Onvoldoende aandacht voor preventie van risicofactoren

Uit de analyse die de basis vormde van het SZG-advies, bleek dat minstens 80 procent van de perinatale sterfte wordt veroorzaakt door vroeggeboorte, ernstige aangeboren afwijkingen en te laag geboortegewicht. Het SZG-advies zet dan ook sterk in op preventie van deze risicofactoren. Daarbij worden preconceptie-advisering, leefstijladviezen, stoppen met roken-begeleiding en eenduidige voorlichting als belangrijke instrumenten genoemd.

De inspectie zag deze instrumenten niet terug in de praktijk. Zo gebruikten eerste-lijns verloskundigen weliswaar op grote schaal een instrument voor structurele stoppen met roken-begeleiding (V-MIS), maar wisten ze niet wat het beleid in de tweede lijn was en ze droegen het ingezette beleid niet over. De tweede lijn verwees soms naar een stoppen met roken-poli, als die in het ziekenhuis beschikbaar was, of besteedde er ad hoc aandacht aan. Kraamzorg deed dat vooral met het oog op een rookvrije werkplek voor de kraamverzorgende.

Een structureel, op elkaar en op de vrouw afgestemd, VSV-beleid voor stoppen met roken-begeleiding was zeldzaam. Hetzelfde geldt voor de gezamenlijke, eenduidige voorlichting, leefstijladviezen en de eerder genoemde preconceptieadviesing.

Juist bij lastige onderwerpen als leefstijladviesing is een op elkaar en de vrouw afgestemde benadering en motivering cruciaal om de noodzakelijke verandering te bewerkstelligen. Dit zijn dan ook gemiste kansen om gezondheidswinst te behalen.

3.3.3 *Zorg bij specifieke 'kwetsbare zwangeren' geregeld maar netwerk niet gesloten*
 Het SZG-advies stelt dat er extra aandacht nodig is voor zwangeren in achterstandssituaties, omdat de perinatale en maternale sterfte en morbiditeit in deze groep hoog is. Ze doet hiervoor een groot aantal aanbevelingen. De inspectie constateert dat deze aanbevelingen nauwelijks zijn geëffectueerd.

De inspectie heeft gezien dat de (psycho-)sociale problematiek waarmee zorgverleners te maken krijgen zeer complex kan zijn en hoge eisen aan hen stelt en heeft waardering voor hun grote inzet en betrokkenheid. Juist in een dergelijke complexe situatie, waarin veel zorgverleners betrokken zijn, is een goede structuur voor afstemming en overdracht van groot belang. Het VSV kan hierin een belangrijke rol vervullen, maar doet dat nu nog niet.

Voor vrouwen in specifieke kwetsbare situaties zijn er regelingen voor de benodigde extra zorg. Zo zijn er specifieke afspraken voor de geboortezorg aan asielzoekers. De inspectie concludeerde echter dat hier de rolverdeling tussen de netwerkpartners niet duidelijk was en dat zij onvoldoende gezamenlijk overleg hadden. Ook was er geen VSV-brede afstemming over deze specifieke zorg.

Voor vrouwen met psychiatrische of ernstige sociale of medische problematiek hebben ziekenhuizen een POP-poli of multidisciplinaire besprekingen. Dat levert binnen de tweede lijn een structuur om tegemoet te komen aan de extra zorgbehoefte, met vaak een maatschappelijk werkende als *casemanager*. Maar in deze gestructureerde situatie ontbrak vaak de aansluiting op de eerste lijn, de kraamzorg en JGZ.

Bij de zorg in de kraamperiode viel op dat kraamzorgorganisaties zich bewust waren van de kansen die het huisbezoek bij de intake biedt om vroegtijdig problemen te signaleren. Maar veel kraamzorgorganisaties gebruikten daarvoor niet het gevalideerde signaleringsinstrument of beperkten zich tot de signalering van kindermishandeling en huiselijk geweld. Hierdoor bleven kansen voor het voorkomen van latere gezondheidsschade onbenut.

3.3.4 *Grote gaten in netwerk rond 'vrouwen in achterstandssituaties'*
 Het ontbreken van een sluitend netwerk gold temeer bij vrouwen die het SZG-advies 'vrouwen in achterstandssituaties' noemt, met minder uitgesproken problemen maar wel een extra zorgbehoefte, bijvoorbeeld door taal- en cultuurverschillen of lage sociaaleconomische status. De 'zorg op maat' voor hen was vaak ad hoc geregeld en afhankelijk van de persoonlijke betrokkenheid van de zorgverlener.

De overdracht tussen de verschillende netwerkpartners liet vaak te wensen over. Dit betrof met name de periode na de bevalling: de afstemming tussen ziekenhuis, verloskundige, kraamzorg en JGZ. Het *Standpunt Gegevensoverdracht* dat deze afstemming beoogt te structureren was onvoldoende ingevoerd. Zo gaan signalen verloren van de kraamverzorgende, die de stem vertolkt van de pasgeborene, die niet voor zichzelf kan opkomen, in een kwetsbaar gezin.

Zorgverleners waren zich bewust van de impact van taal- en cultuurverschillen, en noemden in dat verband als knelpunten vaak de eigen bijdrage voor kraamzorg en het ontbreken van een tolkenvergoeding. Echter, nergens was men zich bewust van het probleem van laaggeletterdheid, terwijl zo'n tien procent van de bevolking 'laaggeletterd' is en 29% van de mensen weinig 'gezondheidsvaardigheden' heeft.²⁴ De instrumenten voor herkenning en adviezen in geval van laaggeletterdheid waren onbekend. De SZG-focus ligt op de 'goed geïnformeerde zwangere', maar inspanningen op het gebied van voorlichting en beleid hebben geen zin als de informatie niet bij de zwangere aankomt.

3.3.5 *Onduidelijkheid over uitwerking van 'nieuwe instrumenten'*

Het SZG-advies besteedt veel aandacht aan een aantal nieuwe instrumenten om 'een zo gezond mogelijk veilige zwangerschap en het opsporen van risico's te kunnen garanderen': *casemanager*, geboorteplan/zorgpad, verplicht huisbezoek.

Gebruik van deze nieuwe instrumenten heeft de inspectie niet of nauwelijks aangetroffen. Dit bleek vooral te komen door onduidelijkheid over de definitie en de uitwerking in de praktijk. Gevolg daarvan is dat ook andere aanbevelingen waarin de *casemanager* de leidende rol zou moeten hebben nog niet zijn gerealiseerd. Dit is een gemiste kans, want uit het calamiteitenonderzoek weet de inspectie dat veel wisselende zorgverleners, een niet-eenduidig beleid en een gebrekkige overdracht belangrijke risicofactoren zijn in de zorg.

Conclusie 4:
Te weinig aandacht voor evaluatie

3.4 **Evaluatie op individueel, regionaal en landelijk niveau**

3.4.1 *Meldplicht van calamiteiten onvoldoende nageleefd*

Het evalueren van de verleende zorg of het zorgsysteem kan inzicht geven in het verbeterpotentieel. Idealiter wordt iedere individuele zorgverlening geëvalueerd. Dit is des te noodzakelijker als er een calamiteit (onverwachte sterfte of ernstige schade) is opgetreden.

De perinatale audit, voor het evalueren van perinatale sterfte, heeft inmiddels in alle VSV's zijn plek veroverd. De melding van calamiteiten aan de inspectie, die wettelijk verplicht is volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1995, vindt echter nog onvoldoende plaats: het aantal meldingen van aan de geboortezorg gerelateerde calamiteiten is de afgelopen jaren wel gestegen, maar is minder dan op basis van de sterftecijfers en literatuur verwacht kan worden.

Volgens de gesprekken in het veld werd dit deels veroorzaakt door onbekendheid met de meldplicht, die ook voor de eerste lijn geldt, en deels door de vermeende overlap met perinatale audit. Calamiteitenmelding en audit hebben hetzelfde doel, kwaliteitsverbetering. Maar de weg waarlangs dat doel bereikt wordt verschilt: in de audit (die als een vorm van Veilig Incident Melden beschouwd kan worden) staat de evaluatie van de daadwerkelijk verleende zorg voorop, terwijl het doel van de verplichte calamiteitenmelding is de toetsing van het kwaliteitssysteem en eventueel het individuele handelen.^{25,26}

Een analyse van de gemelde calamiteiten laat zien dat er vrijwel altijd sprake was van een aaneenschakeling of stapeling van gebeurtenissen, die potentieel te beïnvloeden zijn. Het onderzoek naar een calamiteit biedt daardoor ook inzicht in risicofactoren (en dus verbeterpotentieel) op het niveau van het kwaliteitssysteem.

3.4.2 *Gemiste kansen bij evaluatie op VSV-niveau*

Een belangrijk aspect van de zorgverlening is het vastleggen van zorggegevens: enerzijds ten behoeve van het primaire proces en overdracht (individueel niveau), anderzijds voor het verkrijgen van kwaliteitsinformatie (op regionaal en landelijk niveau). Daartoe registreren zorgverleners hun aandeel van de zorg in onder meer de Perinatale Registratie Nederland (PRN).²⁷ Met name de kinderartsen hebben in de onderzoeksperiode hierin een grote inhaalslag gemaakt.

Gegevens uit de perinatale registratie, en de daarvan afgeleide gegevens zoals de Verloskundige Onderlinge Kwaliteitsspiegeling (VOKS) of LVR-Insight, werden meestal alleen binnen de eigen maatschap of discipline besproken. Ook andere beschikbare kwaliteitsinformatie werd meestal niet in VSV-verband gedeeld. Daardoor ontbrak een periodieke, structurele evaluatie van de gezamenlijk verleende geboortezorg in het hele netwerk. Ook een parallelle actie werd hooguit ad hoc nabesproken met betrokkenen en niet gestructureerd, op proces- en inhoudsniveau, geëvalueerd in VSV-verband.

De inspectie beschouwt dit als een gemiste kans, ook in het kader van het streven naar geïntegreerde zorg. Juist het evalueren van gezamenlijk handelen biedt handvatten om risico's in de zorg te verminderen; met een gestructureerde analyse zijn calamiteiten en bijna-calamiteiten een bron van informatie. De resultaten van die analyse kunnen benut worden voor het prioriteren van de verbeteragenda van het VSV.

3.4.3 *Geen structureel inzicht in cliëntervaringen*

In de onderzoeksperiode werden ruim 350.000 kinderen geboren. De inspectie sprak in het kader van dit onderzoek met de ouders van 58 van hen. Uit die gesprekken werd duidelijk dat de veranderingen waarover dit rapport verslag doet, voor pasbevallen vrouwen niet altijd merkbaar waren.

Het aantal gesproken ouders is te klein om verdere representatieve uitspraken te kunnen doen. Datzelfde geldt voor incidentele evaluatiegesprekken tussen zwangeren/kraamvrouwen en afzonderlijke zorgverleners: alleen door een structurele evaluatie wordt werkelijk zicht geboden op de ervaringen van vrouwen en op de verbetermogelijkheden die daaruit opklinken.

Nergens was een VSV-brede evaluatie, waarin de vrouw haar ervaringen met het netwerk kon geven en waar dus op VSV-niveau lering uit kon worden getrokken. Ook dit is een gemiste kans om de zorg te verbeteren; ervaringen van vrouwen zijn immers een belangrijk ijkpunt voor de kwaliteit van de zorg.

Het SZG-advies spreekt over "een goed geïnformeerde zwangere". Kennis over de ervaringen, verwachtingen en omstandigheden van de vrouw maakt dat zij te maken krijgt met "een goed geïnformeerde zorgverlener".

3.4.4 *Evaluatie van ingezette veranderingen dringend nodig voor focus en prioritering*

De aanleiding tot het SZG-advies was de, volgens de Europese PERISTAT-vergelijking, relatief hoge perinatale sterfte in Nederland. Sindsdien zijn veel ontwikkelingen in gang gezet. De cruciale vraag is of hiermee de beoogde doelen worden behaald.

Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. De redenen voor de – in relatie tot andere Europese landen - verhoogde sterfte zijn nooit achterhaald. Het SZG-advies gaf veel aanbevelingen, maar deed geen concrete uitspraken over de relatie tussen aanbevelingen en verwachte gezondheidswinst. Dat maakte de prioritering bij het oppakken van aanbevelingen moeilijk voor het veld. Dat verklaart ten dele ook de variatie tussen regio's. Maar het bemoeilijkt nu ook de effectmeting.

Dit vraagt dringend om een structurele evaluatie. De uitkomst daarvan kan de focus voor de komende jaren scherper stellen en helpen bij prioritering. Daarnaast zal het ook het benodigde draagvlak onder alle betrokkenen vergroten.

4 Handhaving

Het Toezichtonderzoek Geboortezorg was niet vrijblijvend. Dit hoofdstuk beschrijft welke handhaving de inspectie in het Toezichtonderzoek Geboortezorg inzette, wat zij nu verder van alle bij de geboortezorg betrokkenen verwacht en hoe zij hierop gaat toezien.

4.1 Maatregelen voor zorgverleners, instellingen en netwerken

4.1.1 *Toetsingskaders gelden voor alle instellingen en netwerken*

In de deelonderzoeken hanteerde de inspectie een – op de vraagstelling en doelgroep toegesneden – toetsingskader dat met de betreffende koepels was besproken. De instellingen c.q. netwerken^d werden tijdens de bezoeken getoetst aan de hand van dat toetsingskader.

De resultaten van de bezoeken en de vragenlijsten leidden tot individuele terugrapportages, waarbij de inspectie om verbetermaatregelen vroeg voor de onderdelen waarin de instelling of het VSV niet aan de norm voldeed. De inspectie zag in de reacties op de gevraagde maatregelen een grote verbeterbereidheid bij de zorgverleners en bestuurders. Bovendien zag ze daarin dat de betreffende normen waarvoor zij verbetering vroeg ook daadwerkelijk realiseerbaar waren. De voorliggende rapportage, en de deelonderzoeken waarnaar ze verwijst, laten zien wat er al in gang is gezet in het land, terwijl de reacties op de gevraagde verbetermaatregelen laten zien wat er mogelijk is.

Met het voorliggende rapport, en voor zover van toepassing met het afzonderlijke deelrapport, brengt de inspectie alle zorgverleners, instellingen en netwerken rond de geboortezorg onder de aandacht dat de normen waaraan de bezochte instellingen c.q. netwerken werden getoetst, ook gelden voor de niet geïnspeteerden.

4.1.2 *Ontbreken van voortgang onacceptabel*

De inspectie erkent dat in een veranderproces iedere regio zijn eigen proces moet doorlopen om het benodigde draagvlak te bereiken. Ze heeft gezien dat een gedeelde visie de basis is voor verdere ontwikkelingen, en dat kost tijd en inspanning (hoofdstuk 3.2.3).

Dat laat onverlet dat alle zorgverleners, instellingen en netwerken gehouden zijn gezamenlijke concrete doelen te benoemen en deze te bewerkstelligen. Een faseverschil tussen VSV's is voor de inspectie acceptabel, maar het ontbreken van voortgang niet.

4.1.3 *Verantwoording, toetsing en handhaving*

Als consequentie van de bovenstaande paragrafen verwacht de inspectie dat alle instellingen en netwerken nagaan in hoeverre zij aan de normen voldoen, aan de hand van de voor hen relevante deelrapport(en) en de daarin opgenomen toetsingskaders. Dit geldt ook voor de instellingen en netwerken die niet bezocht zijn. Een overzicht van alle gehanteerde toetsingskaders is te vinden op www.igz.nl/onderwerpen → geboortezorg.¹⁹

Waar instellingen en netwerken niet voldoen aan het van toepassing zijnde toetsingskader, moeten zij verbeteractiviteiten inzetten. De rapporten beschrijven

^d Met de term 'instellingen en netwerken' wordt hier bedoeld: de zorgaanbieders (zoals praktijken, maatschappen, ziekenhuizen, organisaties) en samenwerkingsverbanden (zoals VSV's)

de termijnen hiervoor (direct, c.q. één maand, c.q. drie maanden, c.q. vier maanden, c.q. zes maanden).

De inspectie zal, in aansluiting op dit eindrapport, de instellingen en netwerken vragen om hierover schriftelijk verantwoording af te leggen en zal waar nodig handhavende maatregelen inzetten. De inspectie gaat dit vervolgens steekproefsgewijs en in haar incidententoezicht (onderzoek van meldingen) toetsen.

4.1.4 *Wettelijke meldplicht van calamiteiten moet nageleefd worden*

Sinds 1995 moeten instellingen calamiteiten aan de inspectie melden^e. Dit is een wettelijke verplichting uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Voor de inspectie zijn meldingen een belangrijke bron voor haar toezicht.

De inspectie wijst erop dat deze meldplicht geldt voor alle instellingen, en dat ook een eerstelijns praktijk^f als instelling geldt.²¹

Het aantal gemelde calamiteiten op het gebied van geboortezorg is lager dan op grond van de literatuur en sterftecijfers verwacht kan worden. De inspectie wijst erop dat zij, als ze op de hoogte wordt gebracht van een calamiteit (bijvoorbeeld door de nabestaanden van een patiënt) terwijl deze niet door de betreffende instelling is gemeld, de instelling zal aanspreken op het niet-nakomen van haar wettelijke meldplicht.²⁸ Het niet, of niet tijdig, melden van een calamiteit is bestuurlijk beboetbaar.²¹

4.1.5 *Duizend bloeiende bloemen moeten een boekje worden*

Het viel de inspectie op dat iedere regio zelf het wiel probeert uit te vinden. Ze zag tijdens haar bezoeken veel mooie initiatieven van bevlogen zorgverleners. In andere regio's hoorde ze dan over knelpunten en praktische belemmeringen over hetzelfde onderwerp (bijvoorbeeld: over het gezamenlijk bespreken van zwangeren of de vertegenwoordiging van kraamzorg in het VSV). De inspectie roept instellingen en zorgverleners op om gebruik te maken van de ervaringen in andere regio's, om deze te kunnen vertalen naar de eigen situatie.

4.2 **Aanbevelingen voor het College Perinatale Zorg en de veldpartijen**

4.2.1 *Oplossen van knelpunten*

Het CPZ heeft minister Schippers in maart 2014 een overzicht gegeven van de knelpunten die zij in de samenwerking tussen de veldpartijen tegenkomt, inclusief de oplossingen en voorgestelde acties.²⁹

De inspectie herkent de beschreven knelpunten uit haar onderzoek. Ze voegt hier met haar rapportages over het Toezichtonderzoek Geboortezorg belangrijke punten aan toe. In het voorliggende rapport zijn deze samengevat.

De inspectie verwacht dat het CPZ en de veldpartijen de door de inspectie gevonden knelpunten en tekortkomingen opnemen in hun prioritering en acties ter ondersteuning van de instellingen en netwerken. Zij verzoekt het CPZ haar per 1 januari 2015 schriftelijk over de voortgang te informeren.

4.2.2 *Uitwerken van onduidelijke aanbevelingen*

Sommige SZG-aanbevelingen hebben geen ingang in de praktijk gevonden - of werden zeer uiteenlopend ingevuld - omdat de definitie en uitwerking voor de zorgverleners onduidelijk was. Dit betreft met name de 'nieuwe instrumenten'

e Volgens de wettelijke definitie is een calamiteit 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid'.

f Volgens de wettelijke definitie is een instelling 'het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg'.

(hoofdstuk 3.3.5) en de bevallingsnormen (hoofdstuk 5). De inspectie vraagt het CPZ en de veldpartijen deze aanbevelingen duidelijker uit te werken en aansluitend de implementatie te bevorderen. Zij verzoekt het CPZ haar per 1 januari 2015 schriftelijk over de voortgang te informeren.

4.2.3 *Positie van VSV onderzoeken*

Voor het doorvoeren van verbeteringen in het netwerk rond moeder en kind is het VSV een essentieel gremium. Uit het inspectieonderzoek blijkt echter dat de positie van het VSV, als bestuurlijke en juridische entiteit, onduidelijk is.

In de huidige vorm valt het VSV niet onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dat impliceert dat de inspectie een VSV, als entiteit, wel kan aanspreken, adviseren en stimuleren tot verbetering. Ze kan echter geen handhavingsmaatregelen opleggen als het VSV de verbetering niet realiseert. De inspectie zal in dat geval handhavingsmaatregelen opleggen aan de afzonderlijke zorgaanbieders binnen het VSV, ook als het gaat om samenwerkingsaspecten. Dit is niet logisch omdat het in het VSV juist gaat om het netwerk.

Het is van belang dat het VSV de benodigde slagkracht heeft en ook vanuit het toezicht daarop aangesproken kan worden. De inspectie vraagt het CPZ en de veldpartijen om te onderzoeken of de slagkracht en effectiviteit van het VSV groter wordt met een formelere positie en zo ja, wat de mogelijkheden hiervoor zijn.

4.3 **Aanbevelingen aan de minister van VWS**

4.3.1 *Regie nodig over de vele lopende initiatieven*

In het verlengde van het SZG-advies zijn veel verschillende initiatieven ontstaan op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Zo heeft ZonMw een onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte opgezet.³⁰ Daaruit zijn tien regionale consortia ontstaan die samenwerkings- en onderzoeksprojecten uitvoeren die in 2017 moeten zijn afgerond. Een van de speerpunten van dit programma is het bevorderen van gezonde zwangerschap en geboorte in achterstandssituaties. Daarnaast loopt in een aantal gemeentes het door VWS gesubsidieerde project HealthyPregnancy4all, gericht op preconceptieadvies, en zijn er meerdere initiatieven vanuit Centra Jeugd en Gezin of gemeentes gericht op vroegsignalering en vroege interventie. Koepels voerden pilotonderzoeken uit naar bijvoorbeeld huisbezoek en *casemanagement*, en er lopen vele wetenschappelijke onderzoeken naar verloskundig-inhoudelijke en organisatorische thema's.

De inspectie heeft tijdens haar onderzoek nog weinig tot geen verbinding gezien tussen deze initiatieven en het werk in de praktijk. De resultaten van al deze – nu geheel losse – initiatieven moeten met elkaar in verband worden gebracht. De inspectie brengt de minister onder de aandacht dat de hiervoor benodigde regierol nog niet is belegd.

4.3.2 *Structurele evaluatie van de effecten van de veranderingen*

De grote uitdaging voor de komende jaren ligt in het vasthouden en versnellen van de ingezette beweging en het samenbrengen van de vele initiatieven die rond het SZG-advies zijn ontstaan. Hierin ligt een belangrijke taak voor het College Perinatale Zorg, maar de feitelijke uitvoering is aan de zorgverleners.

Een belangrijke vraag daarbij is of met de ingezette en beoogde veranderingen de risico's in de geboortezorg worden teruggedrongen, en de zorg voor moeder en kind ook daadwerkelijk verbetert. Het antwoord op die vraag is cruciaal, ook voor een blijvende motivatie. Dat vraagt om een structurele evaluatie. De uitkomsten daarvan

kunnen de focus voor de komende jaren scherper stellen en helpen bij prioritering. Daarnaast zullen deze het benodigde draagvlak onder alle betrokkenen vergroten.

4.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie verwacht dat alle instellingen en netwerken die geboortezorg leveren nagaan of zij voldoen aan het voor hen van toepassing zijnde toetsingskader. Voor de onderdelen waarop zij nog niet voldoen moeten zij, binnen de gestelde termijnen, verbeteractiviteiten inzetten (zie hoofdstuk 4.1.3).

In 2014 zal de inspectie de VSV's hiervan een schriftelijke verantwoording vragen (per 1 oktober 2014 en 1 januari 2015). Zij zal hen hiertoe, in aansluiting op de publicatie van dit rapport, schriftelijk uitnodigen.

In 2015 zal de inspectie de aangeleverde informatie steekproefsgewijs toetsen in de praktijk en waar nodig handhavende maatregelen nemen. In haar contacten met een instelling, bijvoorbeeld in het kader van incidententoezicht, zal de inspectie vanaf heden ook de gerelateerde onderdelen van het toetsingskader betrekken.

Wanneer de SZG-aanbevelingen die nu nog een onduidelijke definitie of uitwerking hebben zijn uitgewerkt door het CPZ en de veldpartijen (zie hoofdstuk 4.2.2), zal de inspectie na een redelijke implementatietijd ook op deze onderdelen gaan toetsen, volgens een nog te bepalen methode. Daarbij zullen ook nieuwe inzichten en ontwikkelingen in het veld worden betrokken, zoals de Leidraden die het CPZ recent publiceerde of de door het CPZ aangekondigde landelijke Zorgstandaard.³¹

5 Beschouwing

In haar advies stelde de SZG drie 'bevallingsnormen' voor (een-op-twee bewaking, een-op-een begeleiding en de 15 minuten-norm). Deze vormden een aanscherping van de reeds bestaande normen van beschikbaar- en bereikbaarheid van zorgverleners die bij een acute situatie nodig zijn. Ze leidden tot discussie en waren voor veel ziekenhuizen aanleiding om na te gaan denken over concentratie van verloskunde in de regio.

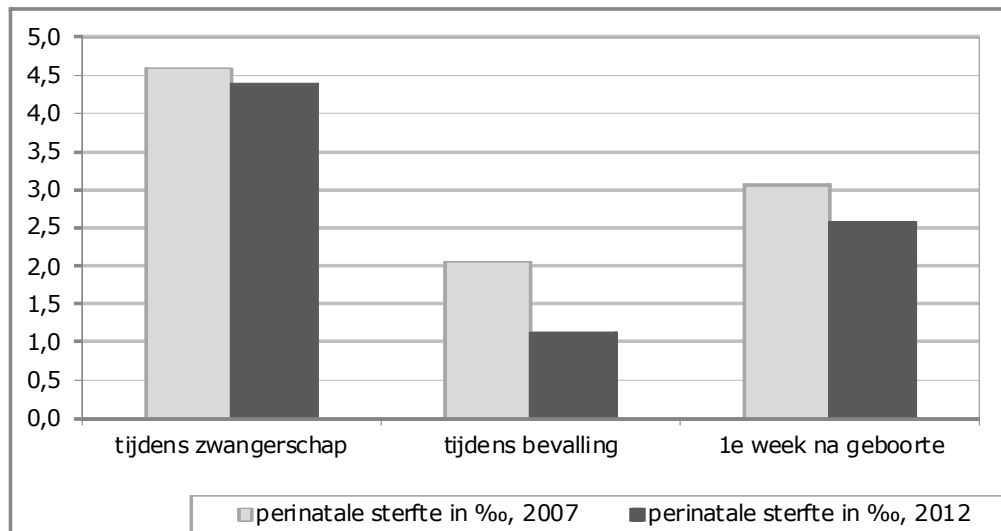
Op basis van diverse onderzoeken naar de consequenties van deze voorgestelde bevallingsnormen, concludeerde minister Schippers in 2012 dat hiervoor op korte termijn onvoldoende mensen en middelen beschikbaar waren. Onverkorte invoering zou leiden tot sluiting van afdelingen en daardoor tot een verlies aan bereikbaarheid van de verloskundige zorg, terwijl niet duidelijk was of deze nadelen in voldoende mate zouden worden gecompenseerd door gezondheidswinst. De minister besloot daarop dat ze deze aanbevelingen niet overnam, maar over een periode van vijf jaar alsnog zou bezien of invoering wenselijk is.³²

In navolging daarvan heeft de inspectie in haar toezichtonderzoek niet op de aangescherpte bevallingsnormen gehandhaafd. Wel heeft ze getoetst of er voldoende zorgverleners beschikbaar waren voor een verantwoorde begeleiding en bewaking, met snelle beschikbaarheid van gynaecoloog, anesthesioloog, kinderarts en OK-team in geval van een spoedsituatie. Daaruit bleek dat de discussie rond de 'SZG-bevallingsnormen' in de meeste ziekenhuizen geleid had tot logistieke en organisatorische stroomlijning waardoor sneller dan voorheen actie mogelijk was (zie ook hoofdstuk 3.3.1). Verder bleek er veel onduidelijkheid te bestaan over de definities van de 'bevallingsnormen' (wanneer gaat de 15 minuten in? wanneer start de bevalling? is begeleiden continu naast de vrouw zitten?) en over het nut en de noodzaak van deze normen. Duidelijk is dat de 'SZG-bevallingsnormen' geen algemene ingang hebben gevonden en een nieuwe afweging c.q. definiëring nodig hebben.

Uit de meest recente cijfers van de PRN blijkt daarnaast dat, getalsmatig gezien, juist tijdens de zwangerschap veel winst te behalen is.

De SZG baseerde zijn adviezen op de PRN-cijfers van 2007. Toen was de perinatale sterfte 9,7 per 1000 (1685 kinderen): 4,6 op duizend kinderen stierven tijdens de zwangerschap, 2,1 op duizend tijdens de bevalling en 3,1 op duizend in de eerste week na de geboorte (figuur 1).

In 2012 was de perinatale sterfte gedaald naar 8,1 op duizend (1423 kinderen). Daling trad vooral op bij de sterfte tijdens de bevalling (1,1 op duizend) en de eerste week sterfte (2,6 op duizend). De sterfte tijdens de zwangerschap was vrijwel gelijk ten opzichte van 2007 (4,4 op duizend).³³



Figuur 1. Perinatale sterfte in 2007 en 2012, naar moment van overlijden per 1000 geboren.

Het is niet bekend welke factoren de sterfte tijdens en na de bevalling hebben doen afnemen, al zijn daar hypothesen voor denkbaar. Maar wel is duidelijk dat de factoren en verbeteringen die daaraan ten grondslag lagen, geen invloed hebben gehad op de sterfte tijdens de zwangerschap.

Het SZG-advies beschrijft dat de perinatale sterfte voor ongeveer 80 procent bepaald wordt door drie oorzaken: vroeggeboorte, ernstige aangeboren afwijking en te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur. Oorzaken waarin veel moeilijker te interveniëren is dan in een acute situatie, maar waar met eenduidige voorlichting en begeleiding van de zwangere en een integrale aanpak verlaging kan worden bereikt.

De cijfers van de PRN onderstrepen zo de brede focus die het SZG-advies voorstond, maar die de inspectie in de praktijk nog niet in de volle breedte heeft aangetroffen. Het uitgevoerde Toezichtonderzoek Geboortezorg laat zien dat de mogelijkheden voor verbetering van de geboortezorg nog onvolledig worden benut. Hierin liggen kansen voor zorgverleners, instellingen en netwerken om de risico's in de geboortezorg verder terug te dringen. Gezien de urgentie daarvan zal de inspectie nauwlettend volgen, en waar nodig afdwingen, dat deze kansen ook worden benut.

6 Summary

Perinatal care is an area marked by ongoing development. There have been far-reaching changes since the publication of *Een goed begin* ('A good start') in early 2010. This advisory report was produced by the *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte* (Pregnancy and Birth Steering Committee; SGZ) at the request of the government. The field set about implementing its recommendations with vigour and enthusiasm. However, while the report itself adopts a broad focus, its implementation to date has been somewhat narrower and there has been inadequate evaluation. These are the main findings of a large-scale study of perinatal care conducted by the Health Care Inspectorate between August 2011 and January 2014.

The Inspectorate examined the entire care process from pre-conception advice up to and including the transfer of responsibility to the 'Consultation Bureau' (Mother and Baby Clinic), considering the role of all professional groups involved. To achieve the necessary breadth and depth, the overall investigation comprised seven part-studies, each based on a particular perspective, which individually and in combination serve to answer the key research question:

"To what extent are the recommendations of the SGZ advisory report, which are intended to eliminate or minimize risks to mother and infant, being implemented in practice?"

The current document consolidates the findings of the various part-studies. A detailed account of their findings can be found in the separate reports.

The Inspectorate notes that all hospitals with an obstetrics department now engage in cooperation with regional and local partners through a *Verloskundige Samenwerkingsverband* (Perinatal Care Partnership), known by the abbreviation VSV. Although the VSVs are currently in various stages of development, a firm foundation for coordination and cooperation within perinatal care has been laid. Some progress has been made in establishing further links with maternity care and youth health services to form a contiguous network. In most regions, however, the 'seamless and fully integrated care' proposed by the SGZ has yet to be achieved.

There has been distinct improvement in acute perinatal care, for which appropriate conditions are in place, although the Inspectorate found that not all VSVs devote due attention to risk prevention in the form of pre-conception advice or smoking cessation programmes. In general, the requirements of certain specific groups, such as asylum seekers and women with psychiatric conditions, are being adequately addressed. However, there are other expectant mothers whose special needs are perhaps less evident but who also warrant extra attention due to factors such as cultural differences, unfamiliarity with the Dutch language or socio-economic disadvantage. The Inspectorate found perinatal care for this group to be overly fragmented. The field has yet to take full advantage of the opportunities for evaluation, communication and information exchange.

Further to the findings of the investigation, the Inspectorate instructed some organizations and practitioners to implement improvements. Their compliance was then monitored. All showed a high degree of willingness to make the necessary changes. Of course, those providers which were not included in the study must also meet all norms. They too have been instructed to implement any necessary improvements and to submit an (internal) audit report to the Inspectorate. The

veracity and completeness of the reports will be assessed by means of random inspections and throughout the standard regulatory process.

The challenge for the years ahead will be to build upon the developments thus far and to push forward the process of coordinating the many initiatives prompted by the SGZ's recommendations. While the College for Perinatal Care (CPZ) will play a key role in this process, the actual implementation of improvement measures is the task and responsibility of the field itself. The key question is whether the measures taken thus far provide an adequate basis for the attainment of all objectives. This must be ascertained by means of a systematic evaluation at regional and national level, the results of which will provide focus for the years ahead and help in establishing priorities.

Literatuurlijst

- 1 Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneeskd 2004; 148(38):1855-1860.
- 2 EURO-PERISTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report. Parijs, 2008. www.euoperistat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.html
- 3 Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag, januari 2010. www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/641
- 4 Stichting Perinatale Registratie Nederland. Grote lijnen 1999-2012. Utrecht, 2014. www.perinatreg.nl/jaarboeken_zorg_in_nederland
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Overzicht van getoetste aanbevelingen uit het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Bijlage bij Eindrapport van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 6 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2012-2015, pagina 20. www.igz.nl
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011. Nota in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, februari 2012. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 8 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Momentopname van een veld in beweging. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, juni 2012. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 9 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. IGZ, Utrecht, november 2012. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 10 Wentzel R et al. Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind. Inspectieonderzoek Geboortezorg in eerstelijns verloskundige praktijken. Tijdschr v Verloskundigen 2012; 38(dec/jan):33-38. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 11 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verloskundig actieve huisartsen in Nederland; spiegelinformatie aan huisartsen. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, mei 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 12 Wentzel R et al. Verloskundig actieve huisartsen in Nederland. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 13 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, juni 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 14 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verloskundige zorg regio Meppel en Dokkum. Nota in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, september 2013. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 15 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, februari 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg

- 16 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verbetering nodig in de samenwerking tussen de kraamzorg en de JGZ voor verantwoorde geboortezorg. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, juni 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 17 Amelink-Verburg MP et al. Samenwerken in de verloskundige keten. Evaluatie van risicofactoren in verloskundige calamiteiten. Tijdschr Gezondheidswetenschappen TSG 2012; 90 (8):504-512. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 18 Martijn L et al. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:219 www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 19 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toetsingskaders voor de geboortezorg, op basis van wet- en regelgeving en het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Opgesteld in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, 2013. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 20 College Perinatale Zorg www.goedgeboren.nl/netwerk
- 21 Kwaliteitswet zorginstellingen, artikel 4a. <http://wetten.overheid.nl/zoeken/>
- 22 Actiz, BTN, COA, GCA, KNOV, MCA, NVOG. Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekster. Utrecht, april 2014.
- 23 NVOG, NVA, KNOV, NVZA. Standard Operating procedure. Stappenplan voor het gebruik van remifentanil Patient-Controlled-Analgesia (PCA) als methode van pijnstilling op de verloskamers. Utrecht, mei 2014.
- 24 RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.15, 20 maart 2014 www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/gezondheidsvaardigheden/hoeveel-mensen-hebben-lage-gezondheidsvaardigheden/
- 25 Inspectie voor de gezondheidszorg. Verplichte melding van calamiteiten in de geboortezorg versus perinatale audit. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
- 26 Stichting Perinatale Audit Nederland. www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/126/wie-en-wanneer-
- 27 Stichting Perinatale Registratie Nederland. www.perinatreg.nl
- 28 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Leidraad Meldingen IGZ 2013. Utrecht, 2013. www.igz.nl
- 29 College Perinatale Zorg. Samenwerking in de geboortezorg: positieve ontwikkelingen, knelpunten en oplossingen. Utrecht, 18 maart 2014. www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/2394
- 30 ZonMW programma Zwangerschap en Geboorte. www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zwangerschap-en-geboorte/algemeen
- 31 College Perinatale Zorg. Leidraden, opgesteld door het bestuur van het CPZ: Integrale geboortezorg; Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie; Voornemen tot concentratie van (acute) geboortezorg. Utrecht, 17 april 2014. www.goedgeboren.nl/netwerk
- 32 Brief minister Schippers aan de Tweede Kamer, 'Reactie rapporten acute zorg en verloskunde'. CZ/TSZ-3106339. Den Haag, 1 maart 2012. www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties
- 33 Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2012. Utrecht, 2012. www.perinatreg.nl/jaarboeken_zorg_in_nederland

Bijlage 1 Rapportages over het Toezichtonderzoek Geboortezorg

Gepubliceerde rapporten

De onderstaande rapportages zijn elektronisch toegankelijk via igz.nl/onderwerpen → geboortezorg

Soort publicatie	Datum	Titel	Onderwerp
Nota's aan minister			
IGZ-nota aan minister ⁷	Februari 2012	Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011	Nota met geaggregeerde bevindingen van de vragenlijst aan alle ziekenhuizen
IGZ-nota aan minister ¹⁴	September 2013	Verloskundige zorg regio Meppel en Dokkum	Verloskundige zorg in de regio's Dokkum en Meppel na sluiting verloskunde.
IGZ-rapporten			
IGZrapport ⁹	December 2012	Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen	Staat van de Gezondheidszorg 2012. Hoofdstuk 3, Stoppen met roken-begeleiding door eerstelijns verloskundigen.
IGZ-rapport ¹⁵	Februari 2014	Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers	Rapport over het deelproject Geboortezorg aan asielzoekers
IGZ-rapport ¹³	Juni 2014	Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen	Rapport over het deelproject Verloskundige Samenwerkingsverbanden
IGZ-rapport ¹⁶	Juni 2014	Verbetering nodig in de samenwerking tussen de kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg	Rapport over het deelproject Overdracht van Kraamzorg naar Jeugdgezondheidszorg
IGZ-rapport	Juni 2014	Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut	Samenvattend eindrapport van het Toezichtonderzoek Geboortezorg

Soort publicatie	Datum	Titel	Onderwerp
Rapportages aan veld			
Spiegelrapport ⁸	Juni 2012	Momentopname van een veld in beweging	Spiegelinformatie waarin alle individuele ziekenhuizen terugkoppeling kregen van hun eigen resultaten mbt de inventarisatie van het SZG-advies, in relatie tot het landelijk beeld
Spiegelrapport	Augustus 2012	Spiegelrapportage eerstelijns verloskundigenpraktijken	Spiegelinformatie waarin de bezochte verloskundigenpraktijken terugkoppeling kregen van (o.a.) hun eigen resultaten mbt de inventarisatie van het SZG-advies, in relatie tot het landelijk beeld
Individueel rapport	September 2013	Individuele netwerkrapportages per VSVregio	Rapportage over het bezoek aan 19 netwerken
Individueel rapport	Februari 2014	Individuele netwerkrapportages geboortezorg aan asielzoekers	Rapportage over het bezoek aan 9 netwerken
Individueel rapport	Mei 2014	Individuele regio rapporten aan kraamzorg- en JGZorganisaties	Rapportage aan 109 kraamzorg organisaties en 38 JGZorganisaties
Artikelen			
Artikel ¹⁰	December 2012	Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind. Tijdschr v Verloskundigen	Beschrijving van inventarisatie van invoering SZG-advies bij eerstelijns verloskundigenpraktijken.
Artikel ¹⁷	December 2012	Samenwerken in de verloskundige keten. Evaluatie van risicofactoren in verloskundige calamiteiten. Tijdschr v Gezondheidswetenschappen	Analyse van calamiteitenmeldingen verloskunde 2006-2008
Artikel ¹⁸	December 2013	Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. BMC Pregnancy and Childbirth	Analyse van calamiteitenmeldingen verloskunde 2009-2012

Bijlage 2 Trefwoordenregister, met verwijzing naar de rapportages van het Toezichtonderzoek Geboortezorg

Alle publicaties genoemd in het publicatieoverzicht zijn te vinden op www.igz.nl/onderwerpen → geboortezorg.

De trefwoorden op de volgende pagina verwijzen naar de publicaties in het publicatieoverzicht.

Publicatieoverzicht

A	Resultaten vragenlijstonderzoek ziekenhuizen 2011
B	Spiegelrapportage inventarisatie ziekenhuizen
C	Staat van de Gezondheidszorg 2012: preventie in de zorg
D	Artikel inventarisatie eerstelijns verloskundigenpraktijken
E	Spiegelrapportage eerstelijns verloskundigenpraktijken
F	Rapport inventarisatie verloskundig actieve huisartsen
G	Rapport Verloskundige Samenwerkingsverbanden
H	Nota Verloskundige zorg regio Meppel en Dokkum
J	Rapport Kraamzorg en JGZ
K	Rapport Geboortezorg aan asielzoekers
L	Eindrapport van het Toezichtonderzoek Geboortezorg
M	Nota melden van calamiteiten in de geboortezorg versus perinatale audit
N	Artikel analyse verloskundige calamiteiten 2006 – 2008
O	Artikel analyse verloskundige calamiteiten 2009 - 2012
P	Toetsingskaders in de deelonderzoeken van het Toezichtonderzoek Geboortezorg

Trefwoorden

achterwachtregeling **D,E,F,H**
 acute zorg training **D,E,F,G,L**
 acute zorgvraag **A,B,F,G,H,L**
 ambulancezorg **B,G,H,K**
 asielzoekers **K,L**

basispakket kraamzorg **J**
 bereikbaarheid verloskundige zorg
A,B,D,E,G,H,L
 bespreken individuele zwangeren
A,G,H,K,L
 'bevallingsnormen' **A,B,G,L**

casemanager **D,E,G,K,L**
 College Perinatale Zorg **F,G,J,L**
 calamiteiten, meldplicht **L,M,N,O**
 calamiteiten verloskunde, analyse **L,N,O**
 concentratie van verloskundige
 zorg **A,B,G,H,L**

digitaal dossier Jeugdgezondheidszorg **J**
 dossiervoering **F,G,J,K,L**

ervaringen ouders **G,K,L**
 evaluatie **B,E,F,G,L,N,O**

geboortecentrum **G**
 gegevensoverdracht **D,F,G,H,J,K,L**
 geïntegreerde zorg **G,J**

huisarts (verloskundig actief) **A,B,F,G,L**
 huisbezoek **D,E,G,J,K,L**

indicatoren **D,E,F**

jeugdgezondheidszorg **D,E,F,G,J,L**

kraamdossier **G,J**
 kraamzorg **F,G,J,L**
 kwetsbare zwangeren **G,K,L**

laaggeletterdheid **G,K,L**
 landelijk indicatieprotocol kraamzorg **J**

maatregelen eerstelijns verloskundige
 praktijken **D,G,K,L**
 maatregelen Jeugdgezondheids-
 zorgorganisaties **J,L**
 maatregelen kraamzorgorganisaties
G,J,K,L

maatregelen VSV **G,K,L**
 maatregelen ziekenhuizen **A,B,G,K,L**

ouders ervaringen **G,K,L**
 overdracht tussen professionals
D,E,F,G,J,K,L

parallele actie **A,B,D,E,F,G,L**
 partusassistentie **G,J**
 perinatale audit **A,B,D,E,F,G,L,M**
 perinatale registratie **A,B,D,E,F,G,L**
 perinatale sterfte **G,L**

pijnbehandeling tijdens de baring **G,L**
 preconceptie-advisering **G,L**
 prenataal huisbezoek **J**
 protocollen ontwikkelen **A,G,J**
 psychosociale problematiek **G,K,L**

roken tijdens zwangerschap **C,D,F,G,L**

stoppen met roken begeleiding **C,D,F,G,L**

taakafbakening professionals **D,G,K,L**
 taal- en cultuurverschillen **G,K**
 thuisbevalling **F,G,H**
 toelatingsovereenkomst ziekenhuis
A,B,D,E,F,G,H

toetsingskader eerstelijns
 verloskundigenpraktijken **E,P**

toetsingskader geboortezorg asiel-
 zoekers **K,P**

toetsingskader kraamzorg en
 jeugdgezondheidszorg **J,P**

toetsingskader Verloskundig actieve
 huisarts **F,P**

toetsingskader VSV **G,P**

tolken **K**

trainingen acute zorg **D,E,F,G,L**

verloskundig actieve huisarts **A,B,F,G,L**
 verloskundeafdelingen **A,B,G,H**
 verloskundige praktijken **A,B,D,E,G,H,J,K**
 Verloskundig Samenwerkingsverband
A,B,D,E,F,G,H,K,L

verwijsbeleid **D,E,F,G,K**

voorlichting aan zwangere **C,G,K,L**

vroege signalering **D,E,J,L**

zorgpad/zorgplan **D,E,G,L**