

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Versie 1.1

28 juni 2016

Expertgroep *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*
Aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland



College Perinatale Zorg
Oudlaan 4
3515 GA UTRECHT
T 030 2739758

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
2 Integrale geboortezorg	9
2.1 Wat is integrale geboortezorg?	9
2.2 Visie op integrale geboortezorg	10
2.3 Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent.....	13
2.4 Vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	15
3 Preconceptiezorg	17
4 Prenatale zorg	20
4.1 Intake, eerste controle	20
4.2 Vervolgconsulten	22
4.3 Prenatale screening.....	26
4.4 Specifieke risico's	27
5 Bevalling en geboorte	29
5.1 Basiszorg	29
5.2 Plaats van bevalling.....	31
5.3 Partusassistentie	32
5.4 Pasgeborene	33
5.5 Niet-fysiologische vormen van bevallen	34
6 Na de bevalling en geboorte	35
6.1 Zorg voor de kraamvrouw	35
6.2 Zorg voor de pasgeborene.....	37
6.3 Jeugdgezondheidszorg	39
6.4 Specifieke aandachtspunten.....	40
7 Acute zorg	41
8 Generieke modules	43
8.1 Stoppen met roken (tabaksverslaving).....	43
8.2 Voeding	43
8.3 Bewegen	43
8.4 Zelfmanagement.....	43
9 Samenwerkingsstructuur	44
9.1 Beschrijving van de samenwerking in de integrale geboortezorg	44
9.2 Overige aspecten integrale geboortezorg	48
9.3 Kwaliteitsbeleid	51
10 Kwaliteitsindicatoren	54

Bijlagen

1. Relevante documenten.....	55
2. Verklarende woordenlijst.....	59
3. Implementatie- en onderhoudsplan.....	63
4. Samenstelling werkgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.....	64
5. Lijst van afkortingen.....	65

Samenvatting

In dit document treft u de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* aan. Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of de overdracht naar kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts.

Het doel van integrale geboortezorg is het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak. Bij integrale geboortezorg staat de zorgvraag van de zwangere centraal, waarbij door een constante evaluatie van de uitkomsten én de cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden. Door in de gehele geboortezorg uit te gaan van de zorgvraag en het perspectief van de zwangere en deze te koppelen aan de beschikbare evidence-based kennis wordt aanbodgericht denken voorkomen en kan continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd worden. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden.

Het is belangrijk dat de zorgverleners in de geboortezorg op beleidsniveau een gedeelde visie hebben en op uitvoerend niveau gebruik maken van ieders deskundigheid en aandacht hebben voor elkaars werkprocessen. Verloskundige zorgverleners zullen minder naar elkaar verwijzen, maar elkaar consulteren. Iedere regio maakt afspraken over de wijze van intake en de vormen van overleg van het interprofessionele geboortezorgteam om invulling te geven aan het zorgpad en het bespreken van de zwangere en/of het (ongeboren) kind binnen een interprofessioneel geboortezorgteam. In het gehele proces van zwangerschap, bevalling en kraamperiode, krijgt de aanstaande moeder één vast aanspreekpunt: de coördinerend zorgverlener. Een belangrijk hulpmiddel bij integrale zorg is ten slotte het Individueel geboortezorgplan. Met elke zwangere zal zo'n plan, op basis van de principes van gezamenlijke besluitvorming, worden opgesteld.

In de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* wordt fasegewijs de noodzakelijke geachte zorg voor en begeleiding van een (aanstaande) zwangere c.q. kraamvrouw beschreven. Het betreft primair de basiszorg die iedere (aanstaande) zwangere c.q. kraamvrouw aangeboden behoort te krijgen. Bij vastgestelde risico's of complicaties wordt, conform de geldende richtlijnen en aangevuld met lokale afspraken, aanvullende zorg opgenomen in het Individueel geboortezorgplan. Uiteraard staat het de zwangere vrij om van bepaalde zorg of onderzoeken af te zien. Daarbij wordt altijd het beginsel van informed consent gehanteerd.

De beschreven zorg is nadrukkelijk gebaseerd op meest recente inzichten van cliëntenorganisaties en beroepsgroepen over de inhoud én organisatie van geboortezorg. De zorgstandaard beschrijft *welke* zorg geboden wordt. In de tekst wordt na elke paragraaf, waar mogelijk en relevant, verwezen naar de toepasselijke richtlijn, standaard of afspraak, zoals bijvoorbeeld de Verloskundige Indicatielijst. Ter borging van het cliëntenperspectief is onder andere gebruik gemaakt van de kwaliteitscriteria 'Kwaliteit Integrale geboortezorg vanuit cliëntenperspectief' van de Patiëntenfederatie NPCF.

De zorgstandaard bevat daarnaast ook afspraken die nog niet in richtlijnen zijn opgenomen. Deze behoeven in praktijk soms nog nadere uitwerking, zoals bijvoorbeeld de ondersteuning van het zelfmanagement (via het individueel geboortezorgplan), de taak en werkwijze van het interprofessioneel geboortezorgteam en de rol van het Verloskundig Samenwerkingsverband. Dit geldt ook voor de bij een zorgstandaard behorende kwaliteitsindicatoren, de cliëntenversie en het implementatieplan. Deze zullen uiterlijk 1 januari 2017 aan de standaard worden toegevoegd. De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*, versie 1.1, schetst daarmee een toekomstperspectief dat de komende jaren stapsgewijs wordt ingevuld. Cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen werken hierin samen.

1 Inleiding

Achtergrond

In Nederland bevallen jaarlijks ongeveer 175.000 vrouwen. Het grootste deel van deze vrouwen bevalt op eigen kracht zonder medische interventies en het overgrote deel van de geboren kinderen is gezond. Dat is echter niet altijd het geval. In 2013 registreerde de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) de geboorte van 167.159 kinderen: 893 van hen (5,3%) werden doodgeboren na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer en 538 kinderen (3,2%) overleden in de eerste vier weken na de geboorte. Ongeveer 85% van deze perinatale sterfte hangt samen met de zogenaamde 'Big 4': congenitale aandoeningen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en/of een slechte start bij de geboorte (asfyxie). Naast perinatale sterfte kan er ook sprake zijn van perinatale morbiditeit. Deze kan zowel korte- als langetermijengevolgen hebben. Te vroeg en te licht geboren kinderen krijgen vaker leer-, gedrags- en bewegingsstoornissen en te licht geboren kinderen hebben een hogere kans op diabetes en hart- en vaatziekten op volwassen leeftijd.

Hoewel perinatale sterfte en morbiditeit niet volledig te vermijden zijn, kan een deel wél worden voorkomen door effectievere preventie en een betere samenwerking in de zorg. Daarom staat sinds begin 2008 de perinatale sterfte in Nederland hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. In de zogenoemde babybrief¹ kondigde het ministerie van VWS een aantal activiteiten en maatregelen aan. Zo werd de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte ingesteld met als opdracht het ministerie te adviseren over concrete en realistische voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren. Deze stuurgroep kwam begin 2010 met haar advies *Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. De kern van dit advies was dat de kwaliteit van de geboortezorg verbeterd kon worden door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokkenen (tussen zorgverleners onderling én tussen zorgverleners en zwangeren).

Mede op basis van dit advies werd door de gezamenlijke veldpartijen het College Perinatale Zorg (CPZ) ingesteld. Het ministerie van VWS ondersteunde dit initiatief door voor het CPZ subsidie beschikbaar te stellen. Medio 2011 ging het CPZ van start met de opdracht de perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland te verminderen. Daartoe stimuleert het CPZ onder andere de totstandkoming van één samenhangend netwerk rond geboortezorg met specifieke aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie. Het CPZ kreeg ook de opdracht te komen tot een integraal kwaliteitskader rondom geboortezorg: de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*.

In dit document treft u de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* aan. In deze inleiding komen achtereenvolgens de volgende onderdelen van de standaard aan de orde:

- de definitie en functie;
- de reikwijdte;
- de totstandkoming en status;
- de cliëntenversie;
- de implementatie, herziening en onderhoud;
- de leeswijzer.

Definitie en functie

De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud van de geboortezorg vanuit het perspectief van de (aanstaande) zwangere en haar (ongeboren) kind. Dat wil zeggen: *geboortezorg die aansluit op de individuele behoeften en verwachtingen van zwangeren*.

De zorgstandaard geeft een zo actueel mogelijke en functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde preventie en zorg (incl. zelfmanagement) bij (voorgenomen) zwangerschap, geboorte en kraamperiode.² Deze beschrijving is zo veel als mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde inzichten. De zorgstandaard behandelt op hoofdlijnen het complete zorgcontinuüm (incl. de daarbij behorende indicatoren). De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* biedt daarmee een kwali-

¹ Ministerie VWS. Ketenzorg zwangerschap en geboorte. Kamerstuk 29 323/22, nr. 49. Juli 2008.

² Definitie van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (aangepast voor geboortezorg).

teitskader (gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, etc.) waaraan geboortezorg zowel inhoudelijk als organisatorisch binnen de regionale samenwerking zou moeten voldoen. In samenhang met de behandelrichtlijnen wordt daarmee, naar verwachting, goede zorg tegen aanvaardbare kosten bevorderd die aansluit op de individuele zorgvraag van de zwangere. Op basis van de zorgstandaard kunnen regionaal beleid en zorgpaden en ook het individueel geboortezorgplan voor de (aanstaande) moeder worden opgesteld.

Reikwijdte

De voorliggende zorgstandaard beschrijft primair de basiszorg die elke (aanstaande) zwangere c.q. kraamvrouw aangeboden behoort te krijgen. Deze zorg is nadrukkelijk gebaseerd op meest recente inzichten van cliëntenorganisaties en beroepsgroepen over de inhoud én organisatie van geboortezorg. De zorgstandaard beschrijft *welke* zorg geboden wordt ongeacht *wie* dit doet. In de tekst wordt na elke paragraaf, waar mogelijk en relevant, verwezen naar de toepasselijke richtlijn, standaard of afspraak, zoals bijvoorbeeld de Verloskundige Indicatielijst.³ Ter borging van het cliëntenperspectief is onder andere gebruik gemaakt van de kwaliteitscriteria 'Kwaliteit Integrale geboortezorg vanuit cliëntenperspectief' van de Patiëntenfederatie NPCF.⁴

Daarnaast bevat de zorgstandaard ook afspraken die nog niet in richtlijnen zijn opgenomen. Deze behoeven in praktijk soms nog nadere uitwerking, zoals de ondersteuning van het zelfmanagement (via het Individueel geboortezorgplan) en de taak en werkwijze van het interprofessionele geboortezorgteam. De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* schetst daarmee een toekomstperspectief dat de komende jaren stapsgewijs wordt ingevuld. Cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen werken hierin samen.

Met het opstellen van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* komen de huidige richtlijnen van beroepsverenigingen *niet* te vervallen. Zij blijven een leidraad vormen het handelen van zorgverleners. Hierbij dient het volgende opgemerkt te worden. In een zwangerschap kunnen zich een groot aantal verschillende risico's en problemen voordoen. Daarbij zijn richtlijnen van gynaecologen vaak opgesteld voor bepaalde groepen vrouwen met een verhoogd risico, terwijl bijvoorbeeld richtlijnen van verloskundigen veelal vrouwen met geen of een relatief laag risico betreffen. Dit betekent dat de verschillende richtlijnen niet zonder meer toegepast kunnen worden voor *alle* zwangere vrouwen. Zorgverleners zullen in concrete situaties relevante (risico)factoren afwegen en, in samenspraak met de zwangere, het beleid vormgeven. Zij kunnen daarbij beredeneerd afwijken van het in richtlijnen beschreven beleid. Dat laat onverlet dat richtlijnen en standaarden bedoeld zijn om te fungeren als maat en houvast voor zowel zorgverleners als cliënt.

Omdat voor een aantal aspecten van de geboortezorg geen richtlijnen bestaan of de richtlijnen van sommige beroepsgroepen elkaar tegenspreken, is in de tweede helft van 2014 een richtlijnanalyse verricht.⁵ In deze analyse zijn enkele lacunes en tegenstrijdige richtlijnen geïdentificeerd. Daar waar relevant wordt hierop in deze zorgstandaard nader ingegaan of wordt een concrete aanbeveling gedaan.

Totstandkoming en status

De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* is opgesteld in opdracht van het CPZ door een daartoe ingestelde expertgroep. De expertgroep bestond uit vertegenwoordigers van alle bij integrale geboortezorg betrokken partijen en werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, aangesteld door het CPZ.⁶

³ In bijlage 1 is een lijst opgenomen van alle relevante richtlijnen, standaarden, etc.

⁴ NPCF: 'Cliëntenperspectief kwaliteit integrale geboortezorg. Uitkomsten van achterbanraadpleging en kwaliteitscriteria ten behoeve van zorgstandaard'. November 2014. Het betrof een nauwe samenwerking tussen NPCF, VSOP, het Ouderschap, Kind en Ziekenhuis en Pharos.

⁵ Knelpunten en witte vlekkenanalyse Richtlijnen Geboortezorg; een inventarisatie (algemeen en inhoudelijk) van de richtlijnen op het gebied van geboortezorg t.b.v. de ontwikkeling van de zorgstandaard integrale geboortezorg. CPZ, Kennisinstituut Medisch Specialisten, E.M.E. den Breejen. Utrecht, 2014.

⁶ Zie bijlage 4 voor de volledige samenstelling van de werkgroep.

Begin december 2014 is een informele consultatie gehouden over een eerste, ruwe versie van de zorgstandaard (versie 0.0). Hierna heeft de expertgroep de standaard nog ingrijpend gewijzigd en een definitief concept opgesteld. Over deze versie zijn alle betrokken organisaties ook formeel geconsulteerd (zomer 2015) en hierna zijn er nog wijzigingen in de standaard aangebracht. Dezelfde partijen zijn gevraagd om het daaruit resulterende concept te autoriseren (versie 1.0). Het is niet gelukt om alle partijen hierin mee te krijgen, waarna het Zorginstituut in april 2016 de regie over de totstandkoming van de zorgstandaard heeft overgenomen. Dit heeft geresulteerd in de huidige *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*, versie 1.1. Per 30 juni 2016 is deze versie van de standaard opgenomen in het landelijk kwaliteitsregister van het Zorginstituut.

De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* is niet vrijblijvend. Opname van de standaard in het kwaliteitsregister betekent dat alle bij de geboortezorg betrokken partijen een inspanningsverplichting aangaan om de standaard te implementeren en biedt deze partijen de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te monitoren. Dit is een ontwikkelingsproces waarin meerdere wegen kunnen worden verkend.

Cliëntenversie

Zodra de definitieve versie van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* gereed is, wordt er in samenspraak met de NPCF en de GeboorteBeweging vóór 1 januari 2017 een cliëntenversie opgesteld. In deze versie wordt voor de (aanstaande) zwangere en haar naaste(n) helder beschreven wat zij mogen verwachten van integrale geboortezorg en welke inzet van henzelf verwacht wordt, om gezamenlijk kwalitatief goede zorg te realiseren.

Implementatie en onderhoud

Ten behoeve van de toepassing in de praktijk wordt een implementatieplan ontwikkeld dat één geheel zal vormen met de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Onderdeel van het implementatieplan is ook het beheer en onderhoud van deze zorgstandaard.

Het CPZ hecht eraan te benadrukken dat de standaard een levend document is. In de standaard zijn werkwijzen en een beschrijving van zorg opgenomen die in de praktijk algemeen gebruik zijn (de werkelijkheid). Daarnaast biedt de standaard ruimte voor innovatieve ontwikkelingen (de wenselijkheid). Het CPZ zal zich periodiek en zo vaak als bijvoorbeeld de onderliggende (multidisciplinaire) richtlijnen hiertoe aanleiding geven, beraden op de vraag of aanpassingen gewenst zijn. Actualiseren én completeren zijn daarbij aan de orde: de zorgstandaard hoort in overeenstemming te zijn met actuele kennis en inzichten en is zoveel als mogelijk compleet. Borging hiervan vindt plaats door middel van een zogenaamd onderhoudsplan. Dit plan (incl. procedure) is opgenomen als bijlage 3. Het implementatieplan behorende bij deze standaard zal in overleg met alle bij de geboortezorg betrokken partijen worden opgesteld en zal uiterlijk zes maanden na opname van de zorgstandaard gereed zijn (1 januari 2017).

Leeswijzer

De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* is opgebouwd volgens het model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Daar waar dit niet mogelijk was of waar dit voor geboortezorg tot een minder logische indeling zou leiden, is gekozen voor een geboortezorgspecifieke indeling. Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 beschreven wat onder integrale geboortezorg wordt verstaan en wordt een visie op integrale geboortezorg gepresenteerd. Daarna komen de volgende fases van geboortezorg aan de orde: preconceptiezorg (hoofdstuk 3), prenatale zorg (hoofdstuk 4), bevalling en geboorte (hoofdstuk 5), zorg na de bevalling en geboorte (hoofdstuk 6) en acute zorg (hoofdstuk 7). Vervolgens zijn in hoofdstuk 8 de relevante generieke zorgmodules opgenomen. In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de wijze waarop de samenwerkingsstructuur is of zal worden georganiseerd. In hoofdstuk 10 wordt ten slotte aangegeven hoe en wanneer voor integrale geboortezorg kwaliteitsindicatoren (proces, structuur en uitkomst) ontwikkeld worden.

In deze zorgstandaard wordt vaak gesproken over de vrouw, de (aanstaande) zwangere, de kraamvrouw of de (aanstaande) moeder. Uiteraard is de zorg aan haar ook altijd gericht op de gezondheidssituatie van haar (ongeboren) kind. Dit wordt niet steeds apart vermeld. Omwille van de leesbaarheid van deze zorgstandaard wordt ook niet alle gevallen expliciet benoemd dat de partner of andere naasten van de vrouw in de zwangerschap en tijdens en na de bevalling een belangrijke rol vervullen.

Daarom kan in veel gevallen waar de vrouw, de (aanstaande) zwangere, de kraamvrouw of de (aanstaande) moeder staat hierna 'en haar partner of andere naasten' gelezen worden. Omdat sommige in deze standaard gehanteerde begrippen medisch-technisch of voor meerdere uitleg vatbaar zijn, is in bijlage 2 een verklarende woordenlijst opgenomen.

2 Integrale geboortezorg

Het Stuurgroepadvies 'Een goed begin' (2010) maakte duidelijk dat voor het terugdringen van de perinatale mortaliteit en morbiditeit een kwaliteitsslag noodzakelijk is.⁷ In de afgelopen jaren heeft dit advies veel navolging gekregen. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) concludeerde medio 2014 dat er in het veld een grote verbeterbereidheid is. Voor veel zorgverleners gold het advies van de Stuurgroep als aanjager van al langer gewenste veranderingen. Overal in Nederland bleken bevoegde zorgverleners en bestuurders gemotiveerd en bereid om extra energie en tijd te steken in de verbetering van de geboortezorg in hun regio. Desalniettemin lijkt de brede focus die de Stuurgroep voorstond nog (te) beperkt opgepakt en vindt er nog onvoldoende evaluatie plaats.⁸ Daarom wordt door het CPZ het concept 'integrale geboortezorg' voorgestaan.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat onder 'integrale geboortezorg' wordt verstaan en wordt vervolgens een visie op 'integrale geboortezorg' gepresenteerd. Deze visie is leidend voor alle onderdelen van de voorliggende zorgstandaard.

2.1 Wat is Integrale geboortezorg?

Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase⁹ tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of overdracht naar de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts.¹⁰

Vanaf de preconceptiefase tot het jonge ouderschap kan de (aanstaande) moeder rekenen op:

- respect en ruimte voor eigen regie (gezamenlijke besluitvorming, keuzevrijheid en informed consent);
- optimale, empathische begeleiding en zorg passend bij een individuele situatie;
- door daarin (toetsbaar) bekwame begeleiders/zorgverleners;
- waarbij de kernwaarden zijn: vraaggericht, toegankelijk, tijdig beschikbaar, veilig, effectief en doelmatig.

Het doel van 'integrale geboortezorg' is het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak, waarbij door een constante evaluatie van de uitkomsten én cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden. Bij integrale geboortezorg staat de zorgvraag van de zwangere centraal, dat wil zeggen dat de zorg vraaggericht is in plaats van aanbodgericht. Door in de gehele geboortezorg uit te gaan van de zorgvraag c.q. het perspectief van de zwangere en deze te koppelen aan de beschikbare evidence-based kennis wordt aanbodgericht denken voorkomen en kan continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd worden. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverleners in de geboortezorg op beleidsniveau een gedeelde visie hebben en op uitvoerend niveau gebruik maken van ieders deskundigheid en aandacht hebben voor elkaars werkprocessen. *Verloskundig zorgverleners*¹¹ zullen minder naar elkaar verwijzen, maar elkaar consulteren en de (aanstaande) zwangere en/of het (ongeboren) kind, conform de lokale afspraken, bespreken binnen een interprofessioneel geboortezorgteam. Een belangrijk hulpmiddel bij integrale zorg is het Individueel geboortezorgplan dat op basis van de principes van gezamenlijke besluitvorming wordt opgesteld.

⁷ Zie ook: Bonsel GJ, e.a. Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010, Rotterdam: Erasmus MC, 2010.

⁸ 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: IGZ, juni 2014.

⁹ Fertiliteitszorg en zwangerschapsafbreking worden niet gerekend tot de preconceptiefase.

¹⁰ CPZ. Leidraad 'Integrale geboortezorg'. Vrij vertaald naar: Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS, Research report, London, Nuffieldtrust, 2011

¹¹ Een verloskundig zorgverlener is BIG-geregistreerd, bevoegd om verloskundige handelingen te verrichten en kan zijn een arts-assistent gynaecologie, gynaecoloog, gynaecoloog in opleiding, physician assistant klinisch verloskundige, klinisch verloskundige, verloskundige, verloskundig actieve huisarts.

2.2 Visie op Integrale geboortezorg

Volgens de Stuurgroep 'Een goed begin' spitste in Nederland tot aan de jaren tachtig van de vorige eeuw de zorg rond zwangerschap en geboorte zich vooral toe op bevallen in de thuissituatie. In de jaren negentig veranderde dit en nam het medisch-technische aanbod tijdens zwangerschap en geboorte toe. Hierdoor ontstond een scherpere scheiding tussen het denken van eerstelijns en tweedelijns professionals en belandden de belangen van moeder en (ongeboren) kind te veel op de achtergrond.¹² De Stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' stelde dat de fysiologische benadering en de meer op medische risico's gerichte benadering van zwangerschap en geboorte opnieuw met elkaar in balans gebracht zouden moeten worden. Daarbij werd de ambitie geformuleerd dat iedereen in Nederland de beste zorg rond zwangerschap en geboorte zou krijgen waarbij (vermijdbare) calamiteiten tot een minimum zouden worden beperkt. De basis hiervoor was zonder meer aanwezig, maar op een aantal punten diende de zorg aan zwangeren en haar (ongeboren) kind verbeterd te worden.

Om deze ambitie te realiseren, zou de zorg meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moeten worden. Zorgverleners zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind. Nog meer dan voorheen zouden zij rekening moeten houden met de verwachtingen en wensen van de zwangere, met haar medische en psychosociale omstandigheden en zouden zij de zwangere moeten ondersteunen in haar intrinsieke vermogen om een gezonde zwangerschap, bevalling en kraamperiode door te maken.

Deze visie, neergelegd in het advies 'Een goed begin', werd door de overheid grotendeels overgenomen. Het CPZ kreeg de taak om het advies, aangevuld met adviezen van de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) en recente rapporten van de IGZ¹³, uit te voeren.

Daartoe bracht het CPZ in het voorjaar van 2014 onder andere de Leidraad 'Integrale Geboortezorg' uit.¹⁴ In deze nog niet door alle partijen geaccordeerde leidraad werd een visie op integrale geboortezorg nader uitgewerkt.¹⁵ De navolgende teksten zijn een nadere concretisering van deze visie. Het gaat daarbij om de volgende zaken:

- zwangere en (ongeboren) kind centraal;
- adequate voorlichting en counseling;
- één vast aanspreekpunt;
- individueel geboortezorgplan;
- multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking;
- interprofessioneel geboortezorgteam;
- gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent;
- aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden.

Zwangere en (ongeboren) kind centraal

Zwangerschap en geboorte zijn unieke gebeurtenissen in het leven van iedere vrouw. Het zijn normale, fysiologische processen die geheel en al behoren tot de eigen ervaringen van de aanstaande moeder en haar partner. Zowel onder- als overbehandeling moet daarbij voorkomen worden.¹⁶

Voor iedereen betrokken bij de geboortezorg is een gezonde vrouw en een gezond kind op zowel korte als lange termijn het belangrijkste doel. De zorg van de beroepsgroepen, organisaties en instellingen die de aanstaande moeder ondersteunen, dient er vooral op gericht te zijn dat dit met respect en in veiligheid kan geschieden. Met elkaar dienen zij optimale veiligheid, beschikbaarheid en kwaliteit te creëren vanaf de preconceptie tot en met het jonge ouderschap, ongeacht de gekozen plaats van bevalling. Met inachtneming van de professionele standaarden doen tijdens de gehele zwangerschap en kraamperiode zorgverleners een aanbod, waarbij de wensen en behoeften van de (aanstaande) zwangere vrouw, haar partner en hun (ongeboren) kind centraal staan en de vrouw en haar gezin on-

¹² Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

¹³ Bijv.: 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: IGZ, juni 2014.

¹⁴ Leidraad: Integrale Geboortezorg, CPZ, 17 april 2014.

¹⁵ De desbetreffende Leidraad wordt op dit moment door het CPZ herzien.

¹⁶ 74,9% van alle vrouwen bevalt spontaan, vaginaal, PRN 2013.

dersteund worden in het gehele proces van kinderwens, zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Hierbij wordt steeds de vraag gesteld of dit aanbod bijdraagt aan goede zorg vanuit het perspectief van de (zwangere) vrouw en haar (ongeboren) kind. Professionele, organisatorische en financiële belangen van zorgverleners zijn hier aan ondergeschikt. Zorgverleners ondersteunen de (aanstaande) zwangere om, voor zover zij dat wil, haar eigen keuzes te maken over welke zorg, op welk moment en op welke plaats wordt verleend. Daarbij worden de principes van gezamenlijke besluitvorming gevolgd. Zie verder paragraaf 2.3 en 9.2.2. De vrouw (en haar partner) beslist uiteindelijk zelf. Na goed geïnformeerd en eventueel geadviseerd te zijn over haar zwangerschap en eventuele risico's kiest zij ook zelf hoe en waar zij wil bevallen: thuis, in een geboortecentrum, poliklinisch of klinisch.

Voorlichting en counseling

Een zwangerschap kan veel vragen en onzekerheden oproepen. Voorlichting en counseling zijn daarom essentieel. Om de wensen en behoeften van de (aanstaande) moeder en haar kind centraal te kunnen stellen, is de (aanstaande) zwangere goed geïnformeerd en heeft zij kennis over en inzicht in haar zwangerschap, bevalling, kraamperiode en de begeleidings- en zorgmogelijkheden (incl. pre- en neonatale screening). Dit stelt haar in staat regie te nemen.

Daarom heeft zij allereerst recht op heldere, volledige, betrouwbare en op elkaar afgestemde informatie gedurende het gehele geboortezorgtraject. Zij krijgt stapsgewijs informatie over wat zwangerschap en geboorte inhoudt, welke begeleiding mogelijk is en wat de effecten van haar zwangerschap op het dagelijks leven kunnen zijn. Zorgverleners trekken hiervoor voldoende tijd uit en baseren zich op evidence-based practise (EBP). Daarbij is ook de voorlichting en counseling over een gezonde levenswijze bij zwangerschap, ongeacht eventuele risicofactoren, van groot belang.¹⁷ Bij vragen die niet op het werkterrein van de zorgverlener liggen, bijv. over vergoeding van bepaalde zorgvormen, verzekeringen, wooninrichting, financiën en formele verantwoordelijkheden bij het ouderschap, wordt verwezen naar relevante instanties.

De te verstrekken informatie is afgestemd op de informatie- en zorgbehoefte van de vrouw en haar partner, hun kennisniveau en beheersing van de Nederlandse taal. Hierbij controleert de *verloskundig zorgverlener*¹⁸ of de vrouw deze informatie ook heeft begrepen. Het verdient aanbeveling gebruik te maken van materialen en toepassingen die het best past bij haar persoonlijke situatie. Zij krijgt ook voor haar begrijpelijke en schriftelijke informatie mee naar huis of wordt onder andere gewezen op (gevalideerde) interactieve websites en zwangerschapsapps, zodat zij deze eventueel samen met haar partner of naaste(n) nog eens kan nalezen en zo nodig kan gebruiken. Door de gezamenlijke beroepsgroepen is speciaal voor dit doel de folder 'Zwanger!' ontwikkeld.¹⁹

Via counseling en coaching ondersteunen zorgverleners de (aanstaande) zwangere bij het realiseren van gezond gedrag. Daarbij wordt gewerkt aan empowerment van de vrouw en aan de versterking van haar intrinsieke vermogen om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk te starten en uit te dragen.

Eén vast aanspreekpunt

Om haar regierol verder te ondersteunen, zal de zwangere gedurende de zwangerschap één vast aanspreekpunt hebben. Deze professional is één van de betrokken verloskundig zorgverleners, meestal de verloskundige. Deze zorgprofessional, hierna: *de coördinerend zorgverlener*, bewaakt onder andere het belang van de zwangere, ondersteunt haar zelfmanagement en ziet er op toe dat integrale geboortezorg wordt geleverd volgens het opgestelde Individueel geboortezorgplan. Zie verder paragraaf 9.1.2.

Individueel geboortezorgplan

Om de wensen en behoeften van een zwangere te operationaliseren stellen de zwangere en de coördinerend zorgverlener samen, via de principes van gezamenlijke besluitvorming, een Individueel

¹⁷ De onderwerpen die in de voorlichting en counseling in de verschillende fasen van de zwangerschap en na de bevalling in ieder geval aan de orde moeten komen, zijn opgenomen in de desbetreffende passage van deze zorgstandaard.

¹⁸ Een verloskundig zorgverlener is BIG-geregistreerd, bevoegd om verloskundige handelingen te verrichten en kan zijn een arts-assistent gynaecologie, gynaecoloog, gynaecoloog in opleiding, physician assistant klinisch verloskundige, klinisch verloskundige, verloskundige, verloskundig actieve huisarts.

¹⁹ Folder 'Zwanger!; Informatie en adviezen van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen', een uitgave van het RIVM-Centrum voor Bevolkingsonderzoek. Ook andere website bieden belangrijke informatie vanaf kinderwens tot jong volwassenheid.

geboortezorgplan op. Hierin worden alle aspecten vastgelegd die in de begeleiding en zorg voor een aanstaande moeder van belang zijn vanaf de kinderwens tot en met de eerste zes weken na de geboorte. Het plan sluit aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft, toegespitst op de lokale situatie, alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap (voorlichting, laboratorium- en ander benodigd onderzoek, uitvoerende zorgverleners, verdeling verantwoordelijkheden, etc.). Daarbij wordt expliciet rekening gehouden met de persoonlijke situatie. Het plan is eigendom van de zwangere. Zie verder paragraaf 9.1.1.

Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking

De zwangere vrouw en haar (ongeboren) kind centraal stellen vraagt om een zorgsysteem (integrale zorg) waarbij professionals gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor onderlinge afstemming en het beleid (in de regio) en transparant uitleg geven over de kwaliteit van zorg in het gehele zorgtraject. Dit vergt multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen, zorginstellingen en maatschappelijke organisaties in samenspraak met de aanstaande ouders. Deze vorm van samenwerking vindt plaats op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor elkaar en elkaars vakspecifieke deskundigheid. Alleen op basis van onderling vertrouwen zal integrale geboortezorg gerealiseerd kunnen worden. Daarom is werken aan vertrouwen in elkaar een essentiële randvoorwaarde om integrale geboortezorg te realiseren. Professionals moeten zich (nog) meer realiseren dat ze onderling afhankelijk zijn van elkaar en 'teamwork' noodzakelijk is.

In de huidige situatie verloopt de communicatie en overdracht tussen professionals nog niet in alle gevallen optimaal. Om de zorgverlening rondom (aanstaande) zwangerschap en geboorte in de toekomst zo goed en zo gecoördineerd mogelijk te laten verlopen, zal sprake moeten zijn van een netwerkbenadering. Dat past beter dan het begrip 'keten'. Een keten beschrijft een vaste opeenvolging van activiteiten of organisaties, terwijl de term 'netwerk' het interactieve karakter van de beoogde zorg weergeeft. Een netwerk geboortezorg is een samenhangend geheel van actoren of organisaties die met steeds wisselende inzet een gezamenlijk doel nastreven, namelijk de realisatie van de best haalbare kwaliteit van geboortezorg vanuit cliëntenperspectief.

Interprofessioneel geboortezorgteam

Om multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking te bevorderen, wordt binnen de integrale geboortezorg het begrip 'interprofessioneel geboortezorgteam' geïntroduceerd. Het interprofessioneel geboortezorgteam is een multidisciplinair samengesteld team van alle regionaal bij geboortezorg betrokken zorgverleners. Het interprofessioneel geboortezorgteam is onderdeel van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en is op regionaal niveau gezamenlijk verantwoordelijk voor het uitvoerende beleid met betrekking tot de zorg rond conceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode.

Daarnaast kan de coördinerend zorgverlener, die de zwangere primair begeleidt, conform de regionale afspraken, te allen tijde dit team consulteren of met het team (of individuele leden daarvan) overleggen. De intake heeft als doel de omstandigheden van invloed op de keuze en invulling van het zorgpad voor de zwangere vast te stellen. Zie ook paragraaf 4.1. Dit wordt georganiseerd binnen het interprofessionele geboorteteam. De wijze van intake en de vormen van overleg van het interprofessioneel geboortezorgteam om invulling te geven aan het zorgpad hangen af van regionale omstandigheden. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van het interprofessioneel geboortezorgteam wil zeggen dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Het regionale beleid wordt vastgesteld en geëvalueerd binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), een regionaal netwerk van verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties, andere geboortezorg professionals en regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders die een gezamenlijk doel nastreven, namelijk de realisatie van de best haalbare kwaliteit van geboortezorg vanuit cliëntenperspectief.

Tijdens de zwangerschap en/of bevalling wordt op indicatie een op een individuele situatie toegesneden individueel interprofessioneel geboortezorgteam samengesteld. De wijze waarop de betrokken zorgverleners in dat geval samenwerken, wordt per situatie bepaald en hangt mede af van de wensen

van de zwangere (gezamenlijke besluitvorming) en de regionale omstandigheden. Zie verder paragraaf 9.1.3.²⁰

Verloskundig Samenwerkingsverband

Om integrale geboortezorg te operationaliseren is per regio idealiter het netwerk van samenwerkende partijen verantwoordelijk voor de multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen, zorginstellingen en maatschappelijke organisaties. Momenteel wordt deze rol ingevuld door Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV).

Op basis van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*, ontwikkelen deze regionale netwerken Regionaal beleid en regionale zorgpaden. Hierbij valt te denken aan ruimte voor extra aandacht voor ouders met lage SES en lagere cognitieve vermogens. Zo kan de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* op regionaal niveau geïmplementeerd worden.

De onderlinge samenwerking tussen professionals zorgverleners wordt bij voorkeur ondersteund door middel van één digitaal dossier; het Perinataal Webbased Dossier (PWD). Het Individueel geboortezorgplan vormt de basis voor de vastlegging van de gegevens. Zie verder 9.1.5.

Op basis van wettelijke eisen (zoals o.a. de Kwaliteitswet Zorginstellingen) en landelijk vastgestelde definities wordt voor de gehele geboortezorg een set kwaliteitsindicatoren opgesteld en gemonitord. Zie verder hoofdstuk 10.

2.3 Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent

Gezamenlijke besluitvorming

In de visie op integrale geboortezorg nemen zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming een belangrijke plaats in. In alle fasen van het geboortezorgproces zijn er vele voorkeursgevoelige beslissingen te nemen, bijvoorbeeld over wel of geen preconceptieconsult, keuzes rondom prenatale diagnostiek, wijze en plaats van bevallen, soort pijnbehandeling. Deze beslissingen komen tot stand in een gelijkwaardige dialoog tussen de zwangere en de zorgverlener.

Gezamenlijke besluitvorming wordt in deze zorgstandaard gedefinieerd als het proces waarin de zorgverlener en de cliënt in gezamenlijkheid tot besluiten komen die het beste passen bij de cliënt en haar individuele situatie.²¹ In dit proces gaat het om uitwisseling van informatie, zowel van zorgverlener naar de vrouw, als van de vrouw naar de zorgverlener. Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg.²² Daarbij is de wijze waarop deze informatie met elkaar wordt gedeeld van groot belang.

In het besluitvormende proces zijn vier fases te onderscheiden. Eerst introduceert de zorgverlener het idee dat er een keuze is en alternatieve acties of opties mogelijk zijn. Hierbij onderzoekt de zorgverlener in welke mate de vrouw betrokken wil zijn bij de besluitvorming. Vervolgens bespreekt de zorgverlener alle mogelijkheden en consequenties van deze opties met de vrouw. Daarna worden de persoonlijke situatie en voorkeuren van de vrouw ten aanzien van de besproken mogelijkheden in kaart gebracht. Tenslotte wordt in gezamenlijkheid een beslissing genomen. De uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij de vrouw zelf. Indien gewenst betreft de zorgverlener de naasten. Een methode die bij objectieve voorlichting en counseling behulpzaam en ondersteunend kan zijn, is BRAINS.²³

Benefits:	Wat zijn de voordelen, wat willen we hiermee bereiken?
Risk:	Wat zijn de risico's. Welke andere interventies hangen hiermee samen?
Alternatives:	Wat zijn de alternatieven?
Intuition:	Klinkt het logisch? Heb je meer informatie nodig of wellicht een second opinion?
Nothing:	Wat als we niets doen? Of een tijdje wachten voordat we beslissen?
Scuse me:	'Sorry' wil je ons/mij even alleen laten om te overleggen en te beslissen?

²⁰ Over de mogelijke samenstelling en werkwijze van een Interprofessioneel geboortezorgteam zullen nog nadere afspraken gemaakt worden.

²¹ Van der Weijden T e.a. Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105(4), 283-288, 2012

²² Ouwens M e.a. Shared decision making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begrippen. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2012.

²³ Use your BRAINS; questions for informed consent. Peachy Keen Birth Services/GeboorteBeweging, 2014.

Een voorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming is dat zorgverleners actief luisteren en aandacht hebben voor vragen en wensen van de vrouw. Ook de vrouw zelf kan het initiatief nemen voor gezamenlijke besluitvorming, bijvoorbeeld door de methode '3 Goede Vragen' te gebruiken.²⁴ Zij stelt in dat geval drie simpele vragen, namelijk: 'Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?'. Ervaringen in het buitenland hebben geleerd dat patiënten hierdoor betere informatie kregen over behandelmogelijkheden, voordelen en risico's. Bovendien duurden de gesprekken met zorgverlener er niet langer door.²⁵ Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het goed inrichten en ondersteunen van dit besluitvormingsproces cliënten helpt. Zij zijn beter geïnformeerd, zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, voelen zich vaker tevreden en twijfelen minder over hun genomen beslissing. Gezamenlijke besluitvorming levert meer cliënttevredenheid en draagt bij aan een positief beleven van zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Om zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming binnen de geboortezorg te operationaliseren, stellen de zwangere en de coördinerend zorgverlener, volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming, een Individueel geboortezorgplan op (zie ook paragraaf 2.2 en 9.1.1.)

Bejegening, emotionele ondersteuning en respect

Emotionele ondersteuning is een integraal onderdeel van geboortezorg met als doel de (aanstaande) ouder(s) bij te staan in hun nieuwe situatie. Alle zorgverleners in de geboortezorg hebben te allen tijde aandacht voor de specifieke situatie van de zwangere en houden oog voor het feit dat een geboorte een levensgebeurtenis is. Zij zijn vriendelijk, tonen belangstelling (ook voor de culturele opvattingen van de vrouw), leven mee, geven vertrouwen, tonen respect, nemen klachten en signalen serieus, stellen gerust en nemen voldoende tijd voor de eventuele zorgen van de zwangere. Zorgverleners wijzen op hun beroepsgeheim, zodat de vrouw weet dat zij vrijuit kan praten. Wanneer een zorgverlener communiceert via een tolk, maakt zij desalniettemin zelf contact met de vrouw ook al verstaat zij de taal niet.

Zorgverleners respecteren geïnformeerde keuzes van de vrouw met betrekking tot de zorg tijdens haar zwangerschap, de wijze en plaats van bevallen en het verloop van de kraamperiode (zie ook paragraaf 9.2.2). Zij geven informatie en advies vrij van eigen persoonlijke waarden en normatieve opvattingen. Deze adviezen sluiten aan bij de mogelijkheden van de zwangere en haar omgeving en versterken haar eigen kracht. Zorgverleners betrekken, indien gewenst, de naasten bij het gehele zorgproces en stellen de ouder(s) in staat zo veel mogelijk van de zwangerschap en bevalling zelf/samen te ervaren en zelf/samen de verzorging van het kind uit te voeren.

Informed consent

Binnen de integrale geboortezorg wordt door alle zorgverleners te allen tijde het recht van de vrouw op informed consent, zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), gerespecteerd. Op basis van volledige informatie maakt de vrouw geïnformeerde keuzes ten aanzien van haar zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Onlosmakelijk onderdeel van informed consent is informed refusal: het recht om voorgestelde behandelingen te weigeren.

²⁴ De methode '3 goede vragen' vindt zijn oorsprong in het buitenland. Via zogenaamde 'Ask 3 questions'-campagnes werden zorgconsumenten op een succesvolle wijze gestimuleerd om mee te praten over hun zorg. Patiëntenfederatie NPCF en de Federatie Medisch Specialisten hebben deze methode vertaald naar de Nederlandse situatie.

²⁵ Shepherd HL et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Pat Educ Counsel* 2011;84:379-85.
The Health Foundation. *MAGIC: Making Good Decisions in Collaboration*. Shared decision making as part of everyday practice. 2012. The Health Foundation. Case Study: Developing the 'Ask 3 Questions' campaign to raise people's awareness of shared decision making. 2013.

2.4 Vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden

Een laatste onderdeel van de visie op integrale geboortezorg is de aandacht voor vrouwen 'met lage gezondheidsvaardigheden'.²⁶ Gezondheidsvaardigheden zijn cognitieve en sociale vaardigheden die iemand nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid.²⁷ Gezondheidsvaardigheden worden onder andere bepaald door een samenspel van kenmerken zoals: opleiding, beroep, inkomen, taalbeheersing, geboortestreek, culturele achtergrond, patroon van gezinsvorming, arbeidsparticipatie en/of aanwezigheid van een verstandelijke beperking. Vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden hebben meer moeite een regierol op zich te nemen en behoeven vaak meer zorg. Aantoonbare lage gezondheidsvaardigheden of complexe persoonlijke omstandigheden kunnen gevolgen hebben voor de zwangerschapsbeleving en de wijze waarop daarbij hulp en ondersteuning wordt gezocht. Ook kan een zwangerschap bij deze vrouwen soms leiden tot (meer) sociale en financiële problemen, spanningen in de relatie en soms tot huiselijk geweld.²⁸

Zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden worden door de geboortezorg niet altijd optimaal bereikt of bevinden zich gedeeltelijk buiten het bereik van de zorg. Hiervoor zijn verschillende factoren aan te wijzen, onder andere: gebrek aan kennis bij zwangere en zorgverlener, drempels (incl. financiële, zoals eigen bijdrage kraamzorg en poliklinische bevalling), cultureel bepaalde gewoonten rond de zorg, problemen in de communicatie.²⁹ De zorgverlener is zich ervan bewust dat een deel van de zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden minder zelfredzaam is. Het is zaak dat de zorgverlener een proactieve houding aanneemt en zelf het initiatief neemt om de zwangere bij de zorg te betrekken.

Om voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden de toegang tot zorg te verbeteren en hun intrinsieke vermogen te versterken (empowerment) om hun eigen situatie en zorg rondom zwangerschap te verbeteren, is informatie, communicatie en 'zorg op maat' van essentieel belang. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan bestaande medische en psychosociale problemen. Mogelijke ondersteuningsvormen daarbij zijn: doelgroepspecifieke voorlichting, extra preventieprogramma's en intensivering van zorg.

Verder is noodzakelijk dat zwangeren met een extra zorgbehoefte ondersteund worden om kennis over (zorg rond) zwangerschap en geboorte te verwerven waarna zij mogelijk veranderingen in hun gedrag en leefgewoonten kunnen doorvoeren. De verloskundig zorgverlener geeft daarbij ook informatie over het bestaan, doel en werkwijze van kraam- en jeugdgezondheidszorg. Er wordt zo nodig gebruik gemaakt van beeldmateriaal en informatiefolders in eenvoudige taal speciaal gericht op vrouwen (en hun partners) met lagere gezondheidsvaardigheden. Dit instructiemateriaal is beschikbaar in verschillende talen.^{30 31} Op indicatie kunnen tolken en/of zorgconsulenten Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC) worden ingezet. Omwille van veilige en goede geboortezorg zouden deze kosteloos inzetbaar moeten zijn.

Lokale netwerken

Voorlichting aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden is alleen effectief als de onderwerpkeuze, de benaderingswijze en de praktische organisatie worden vormgegeven in samenspraak met de betrokken vrouw en haar omgeving. Daarbij kan het best worden aangesloten bij reeds bestaande lokale initiatieven, zoals initiatieven gericht op (vrouwen in) achterstandssituaties. Het is belangrijk dat in de wijk of buurt het ontstaan van een netwerk van vrouwen (en mannen) wordt 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

²⁶ Circa tien procent van de bevolking is 'laaggeletterd' en circa 29% van de bevolking heeft weinig gezondheidsvaardigheden. Heide I vd (RIVM), Uiters E (RIVM), Zantinge EM (RIVM). Hoeveel mensen hebben weinig gezondheidsvaardigheden? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, juni 2013.

²⁷ WHO, 2014.

²⁸ Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

²⁹ 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: IGZ, juni 2014.

³⁰ <http://toolkits.loketgezondleven.nl/>

³¹ Zie bijvoorbeeld: <http://www.knov.nl/werk-en-organisatie/tekstpagina/140/folders/hoofdstuk/423/folder-jouw-bevalling-hoe-bereid-je-je-voor/>

groepsverband 'onder gelijken' is er een sfeer van vertrouwen en veiligheid, hetgeen de communicatie bevordert.

Dit netwerk kan het best gecoördineerd worden door een professional (bijv. een wijk- of JGZ-verpleegkundige), die tevens een vangnetfunctie vervult. Deze professional staat in direct contact met coördinerend zorgverleners, zodat in specifieke individuele situaties vrouwen ondersteund kunnen worden door extra, gespecialiseerde zorg en/of interventies.

Aanvullende zorg

De begeleiding van zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden vraagt vaker om specifieke aandacht en er kan aanvullende zorg nodig zijn. De coördinerend zorgverlener vervult voor deze doelgroep een nog belangrijker rol. Belangrijke aandachtspunten zijn:

- In kaart brengen van de zorgvraag.
- Opsporing en monitoring van risicofactoren.
- Intensivering van psychosociale begeleiding. De frequentie van psychosociale en psychiatrische aandoeningen bij vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden is hoger dan in reguliere populaties.
- Bevallen op een veilige en aangename plek. Wanneer thuis een onveilige, onrustige of onhygiënische situatie bestaat, kan een geboortecentrum of ziekenhuis (tijdelijk) uitkomst bieden.
- Benadrukking nut en noodzaak kraamzorg. Deze wordt door vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden nog te weinig benut onder andere vanwege financiële drempels.

Het programma VoorZorg, landelijk ingezet vanuit de JGZ, maar meestal toegeleid via de verloskundig zorgverlener, biedt ondersteuning aan jonge vrouwen onder 26 jaar die zwanger zijn van hun eerste kind en grotere risico's op verscheidene problemen hebben.³² Het doel is verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind, versterken van opvoedingsvaardigheden en eigen kracht van de moeders en preventie van kindermishandeling. Tijdens het programma, dat zo vroeg mogelijk in de zwangerschap begint en doorloopt totdat het kind twee jaar is, worden door middel van huisbezoeken van een VoorZorg-jeugdverpleegkundige risicofactoren systematisch aangepakt. Het programma is effectief in preventie van huiselijk geweld en kindermishandeling³³

Tienerzwangerschappen (<20 jaar)

Hoewel in Nederland het aantal tienerzwangerschappen de afgelopen decennia sterk is afgenomen, is het aantal tienermoeders nog relatief hoog onder vrouwen van Antilliaanse en Surinaamse afkomst.³⁴ Medisch gezien hebben tienerzwangerschappen een slechtere prognose dan zwangerschappen bij volwassen vrouwen (vroeggeboorte, perinatale sterfte).³⁵ Ook de begeleiding van zwangere tieners vraagt vaker om specifieke aandacht en er kan aanvullende zorg nodig zijn. In Nederland bestaan verschillende vormen van hulpverlening en opvang voor zwangere tieners en tienerouders, onder andere het hiervoor genoemde programma VoorZorg.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ JGZ: Richtlijn 'Opvoedondersteuning'
- ✓ JGZ: Richtlijn 'Secundaire preventie kindermishandeling'
- ✓ JGZ: Richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen'
- ✓ Ketenrichtlijn 'Geboortezorg Asielzoekster'
- ✓ KNMG: Meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld'
- ✓ KNOV: Meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld'

³² <https://www.ncj.nl/programma-s-producten/voorzorg>

³³ Jamila Mejdoubi e.a. Plos One 2013; 8. 10: e78185 en proefschrift VUmc, november 2014.

³⁴ Vier tot vijf keer zo hoog als het gemiddelde voor Nederland. CBS, 2013

³⁵ RutgersWPF. Factsheet Tienerzwangerschappen in Nederland.

3 Preconceptiezorg

Preconceptiezorg is het geheel aan maatregelen en/of programma's dat als doel heeft om biomedische, gedrags- en psychosociale risico's voor de gezondheid van (aanstaande) ouders en hun toekomstige kind te identificeren en om vervolgens geïnformeerde keuzes mogelijk te maken en risico's te minimaliseren door middel van counseling, preventie en beleid. De nadruk ligt hierbij op risicofactoren waarbij actie vóór de conceptie of vroeg in de zwangerschap een maximaal effect heeft in termen van risico-reductie en/of geïnformeerde keuzes en besluitvorming.³⁶

De preconceptionele periode is een zogenaamd 'window of opportunity'. Alleen in deze fase kunnen risicofactoren verminderd of geëlimineerd worden voordat deze negatieve effecten kunnen genereren voor de foetus. Het is een middel om de gezondheid van toekomstige ouders en kinderen te bevorderen en toekomstige ouders zo veel mogelijke ruimte te bieden voor eventuele reproductieve beslissingen.

In zijn algemeenheid worden er twee vormen van preconceptiezorg onderscheiden: collectieve- en individuele preconceptiezorg.

Collectieve preconceptiezorg bestaat uit heldere en uniforme voorlichting (zowel medische als psychosociaal) gericht op een algemeen publiek of specifieke doelgroepen. Hierin zou ook aan de leeftijd waarop vrouwen zwanger worden expliciet aandacht besteed kunnen worden. Op deze vorm van preconceptiezorg wordt in het kader van deze zorgstandaard niet verder ingegaan.³⁷

Individuele preconceptiezorg bestaat uit het geheel van voorlichting, interventies en adviezen gericht op een individu (de aanstaande zwangere en haar partner).³⁸ Alle relevante zorgverleners zijn in staat om deze, op hun betreffende cliënt afgestemde, preconceptiezorg te bieden of verwijzen daartoe naar een zorgverlener die dat kan.³⁹ Individuele preconceptiezorg is onder te verdelen in algemene en specialistische preconceptiezorg.

De navolgende teksten zijn (nu nog) grotendeels gebaseerd op de standaard van de NHG (onderschreven door de KNOV) en nota's van de VSOP en de NVOG. De inhoud van en verantwoordelijkheden (o.a. van het interprofessioneel geboortezorgteam) rondom de individuele preconceptiezorg worden momenteel, in opdracht van het CPZ, vastgelegd in de Preconceptie Indicatielijst (PIL). Deze zal naar verwachting in 2016 beschikbaar zijn.

Algemeen preconceptieconsult

Als een paar een kinderwens heeft, kunnen zij een afspraak maken voor een algemeen preconceptieconsult. Voor aanvang van het consult wordt hen gevraagd digitale of schriftelijke een anamnese in de vorm van een vragenlijst in te vullen (ZwangerWijzer) om het preconceptieconsult voor te bereiden.⁴⁰

Als vervolgens een algemeen preconceptieconsult plaats vindt, bestaat dat in grote lijnen uit:

- verkenning van de zorgvraag;
- een uitgebreide (familie)anamnese van de vrouw en haar partner;
- gezondheidsvoorlichting;
- voorlichting over prenatale zorg;
- voorlichting over prenatale screening en -diagnostiek;
- (indien gewenst) gezondheid bevorderende interventies.

In een algemeen preconceptieconsult wordt expliciet aandacht besteed aan het feit dat de kans op een gezond kind groot is, maar dat een aantal problemen effectief kan worden voorkomen of verminderd door specifieke maatregelen die door de vrouw zelf genomen kunnen worden. De adviezen,

³⁶ Temel S e.a. The Dutch national summit on preconception care: a summary of definitions, evidence and recommendations. *J Community Genet.* 2015;6:107-15.

³⁷ De collectieve preconceptiezorg is op grond van de Wet publieke gezondheid een taak van de gemeenten.

³⁸ Voor paren die zwanger willen worden is de website www.strakswangerworden.nl beschikbaar. Deze is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van VWS door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM en valt onder het beheer van het CPZ.

³⁹ In november 2015 is door de AJN en NVK de intentieverklaring 'Preconceptiezorg, een taak van jeugdarts en kinderarts' ondertekend.

⁴⁰ Deze vragenlijst is gebaseerd op www.zwangerwijzer.nl, een zorginstrument voor preconceptioneel advies dat ontwikkeld is door het Erfocentrum en het Erasmus Medisch Centrum.

voorlichting en zorg worden afgestemd op de situatie en de mogelijkheden van het paar.⁴¹ De voorlichting betreft niet alleen de maatregelen die preconceptioneel genomen kunnen worden, maar ook die in de eerste weken van de zwangerschap van belang zijn, aangezien vrouwen zich doorgaans pas na twee maanden zwangerschap bij een verloskundig zorgverlener melden.⁴²

Tijdens het preconceptieconsult kunnen ook interventies voorgesteld worden. Daarbij kan gedacht worden aan foliumzuurgebruik, vaccinaties tegen infectieziekten, doorverwijzen voor stoppen met roken, alcohol of drugs, overgewicht, wijziging van het medicatiegebruik, wijziging werkomstandigheden, etc. Voor aandachtspunten en mogelijke interventies wordt verwezen naar de NHG-standaard 'Preconceptiezorg'.

Resultaat is een preconceptieadvies dat door de vrouw en haar (eventuele) partner is begrepen, met duidelijke, op maat gemaakte afspraken voor het vervolg. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van het paar en de daarop gebaseerde adviezen kunnen meerdere consulten nodig en verschillende zorgverleners of meerdere instanties (bijv. huisarts, klinisch geneticus of andere gespecialiseerd zorgverlener, sociaal-wijkteam, etc.) betrokken zijn. Dit geldt ook voor problemen van psychosociale aard. In de toekomst worden de uitkomsten van het preconceptieconsult vastgelegd in het Perinataal Web-based Dossier (PWD). Dit is van belang voor zowel de aanstaande zwangere en haar (eventuele) partner als voor de samenwerking tussen betrokken zorgverleners en het toepassen van de juiste interventies, de evaluatie van zorg én een eventuele volgende zwangerschap.

Specialistisch preconceptieconsult

Als er tijdens het algemeen preconceptieconsult specifieke risicofactoren⁴³ worden vastgesteld, is voor de aanstaande zwangere een aanvullend, specialistisch preconceptieconsult beschikbaar. In het specialistisch preconceptieconsult wordt tenminste aandacht besteed aan:

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

Ook dit consult leidt tot een aanvullend preconceptieadvies met een concreet plan van aanpak.

Erfelijke aandoeningen nemen hierbij een aparte plaats in. Hierbij gaat het niet alleen om preventie, maar primair om een geïnformeerde keuze waarbij er in de preconceptionele fase vaak andere opties zijn dan in de prenatale fase. Gedacht kan worden aan het ter sprake brengen van kunstmatige donorinseminatie, pre-implantatiediagnostiek of zelfs het afzien van een zwangerschap of het risico op de aandoening accepteren.

Vrouwen met een chronische aandoening zijn vaak al onder behandeling van een gespecialiseerd zorgverlener. Het is van belang dat ook deze zorgverlener aandacht heeft voor een eventuele zwangerschapswens en zijn patiënten met een chronische aandoening en een zwangerschapswens desgewenst verwijst naar de huisarts of verloskundig zorgverlener voor een preconceptieconsult.

Onder omstandigheden kan in de preconceptiefase, voordat sprake is van een daadwerkelijke zwangerschap, een zorgverlener al de rol van coördinerend zorgverlener op zich nemen. Het gaat daarbij met name om vrouwen met een complexe chronische aandoening waarbij in de preconceptiefase al overleg met verschillende zorgverleners dient plaats te vinden. Zie ook paragraaf 9.3.

Vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden

⁴¹ Ten behoeve van zorgverleners is de toolkit 'Zwanger Worden' beschikbaar. In deze toolkit zijn alle benodigde voorlichtingsproducten om paren die zwanger willen worden ervan bewust te maken dat zij voor de zwangerschap al veel kunnen doen om ervoor te zorgen dat hun toekomstige kind een gezonde start krijgt. Zie www.rivm.nl/toolkits.

⁴² Sommige vrouwen met een kinderwens komen direct terecht bij c.q. zijn reeds onder behandeling van een gespecialiseerd zorgverlener. Het is van belang dat ook deze vrouwen alle informatie en adviezen krijgen, zoals beschreven bij het algemeen preconceptieconsult. Daartoe wordt de vrouw (terug) verwezen naar de reguliere zorg.

⁴³ Zie hiervoor de NHG-standaard: 'Preconceptiezorg en de 'Preconceptie Indicatielijst (in voorbereiding, gereed 2016).

Door onbekendheid met de mogelijkheden, door bijvoorbeeld taalproblemen of een verstandelijke beperking, maar zeker ook in verband met financiële beperkingen, zullen vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden met een kinderwens mogelijk niet zelf op zoek gaan naar een individueel preconceptieadvies. Hier kunnen contactpersonen uit het eigen sociale netwerk (ouders, leerkrachten, religieuze leiders, burens, etc.) en zorgprofessionals die al met deze vrouwen in contact zijn, zoals bijvoorbeeld de huisarts, jeugdarts, medisch specialist (o.a. kinderarts, psychiater), tandarts, apotheker, bedrijfsarts, de wijkverpleegkundige, maar ook buurtwerkers, medewerkers CJG's, behandelend gezins-therapeuten, etc. een belangrijke rol vervullen, mits zij goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden en beperkingen.⁴⁴

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ CPZ: 'Preconceptie Indicatielijst (in voorbereiding, gereed 2016)
- ✓ NHG-standaard: 'Preconceptiezorg'
- ✓ NVOG: 'Nota Preconceptiezorg'
- ✓ Verloskundige indicatielijst
- ✓ VSOP: 'Preconceptie- en prenatale zorg bij zeldzame aandoeningen'

⁴⁴ Vergelijk ook Healthy Pregnancy 4 All (HP4All): programmatische preconceptiezorg. In dit experiment waarin gepoogd wordt de belangrijkste risicogroepen te bereiken met een aanbod van preconceptiezorg wordt nagegaan of, en zo ja in hoeverre, deze zorg de preconceptionele gezondheid daadwerkelijk beïnvloedt.

4 Prenatale zorg

In dit hoofdstuk wordt fasegewijs het zorgaanbod voor een zwangere beschreven. Het betreft primair de basiszorg die iedere zwangere aangeboden behoort te krijgen. Bij vastgestelde risico's of complicaties wordt, conform de geldende richtlijnen, aanvullende zorg opgenomen in het Individueel geboortezorgplan. Uiteraard staat het de zwangere vrij om van bepaalde zorg of onderzoeken af te zien (zie ook hierna). Daarbij wordt te allen tijde het beginsel van informed consent gehanteerd. Zij wordt hier zo nodig op gewezen en wordt ondersteund in haar capaciteit om voor zichzelf en haar familie te zorgen.⁴⁵ In paragraaf 4.4. wordt tenslotte kort ingegaan op een aantal specifieke risico's. Daarbij wordt verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden.

4.1 Intake, eerste controle

Het is in het belang van een zwangere dat zij een eerste contact met een verloskundig zorgverlener heeft vóór negen weken amenorroeduur. De begeleiding in deze eerste fase sluit aan op het preconceptieconsult: risico-inschatting, algemene voorlichting en bespreking van prenatale screening. Het is belangrijk de zwangere zo vroeg mogelijk in de zwangerschap te zien in verband met:⁴⁶

- het opbouwen van een vertrouwensband;
- tijdig vaststellen van de à terme datum met behulp van de echo en eventuele chorioniciteit bij een meerlingzwangerschap;
- adequate selectie van zwangeren met een verhoogd risico op complicaties;
- tijdig informeren en counselen over prenatale screening en diagnostiek;
- het geven van voorlichting en adviezen;
- het voeren van een motiverend gesprek met als doel gedragsverandering (bijv. bij roken, alcohol- en druggebruik).

De intake heeft als doel de omstandigheden van invloed op de keuze en invulling van het zorgpad voor de zwangere vast te stellen. De wijze van intake en de vormen van overleg van het interprofessionele geboortezorgteam⁴⁷ om invulling te geven aan het zorgpad hangen af van de regionale omstandigheden. Dit wordt georganiseerd binnen het interprofessioneel geboortezorgteam. Zie ook paragraaf 9.1.3. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van het interprofessionele geboortezorgteam wil zeggen dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo kwalitatief optimale en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Het beleid rondom deze afspraken wordt vastgesteld en geëvalueerd binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband, een regionaal netwerk van verloskundig zorgverleners en kraamzorgorganisaties, andere geboortezorg professionals en regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders. Zie paragraaf 9.1.4. In het interprofessioneel geboortezorgteam wordt ook bepaald wie voor de zwangere als coördinerend zorgverlener zal fungeren. In de meeste gevallen vervult de verloskundig zorgverlener die de intake heeft gedaan, automatisch de rol van coördinerend zorgverlener. Het bespreken van een zwangere in het interprofessionele geboortezorgteam en het besluit wie als coördinerend zorgverlener gaat fungeren vereisen allebei de toestemming van de zwangere.

Zoals hiervoor gesteld is de risico-inschatting in de verloskundige zorg primair gebaseerd op de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL).⁴⁸ Hierin ligt het accent op medische en obstetrische risicofactoren. Het wordt echter steeds duidelijker dat ook sociale, psychische, zorg- en leefstijlgerelateerde risicofacto-

⁴⁵ Mary J Renfrew, Caroline S E Homer, Soo Downe, Alison McFadden, Natalie Muir, Thomson Prentice, Petra ten Hoop-Bender. The Lancet 'Midwifery Series', 23 juni 2014.

⁴⁶ O.a. Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y; Kernboek Praktische Verloskunde. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten 2014.

⁴⁷ Het Interprofessioneel Geboortezorgteam is een netwerk van geboortezorg professionals. Het VSV, waarbinnen een interprofessioneel geboortezorgteam opereert, is verantwoordelijk voor het regionaal beleid.

⁴⁸ In de toekomst zal de VIL door de betrokken beroepsgroepen stapsgewijs worden omgevormd naar samenwerkingsafspraken ondersteunend aan de zorgstandaard en waarbij zo mogelijk multidisciplinaire richtlijnen als basis dienen voor de zorgpaden op lokaal niveau.

ren kunnen leiden tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zeker wanneer sprake is van risicocumulatie. Om deze in kaart te brengen en zorgtoeleiding in de vorm van zorgpaden te faciliteren, worden momenteel signaleringsinstrumenten ontwikkeld. Deze worden nog op effectiviteit onderzocht.⁴⁹

Bij de intake c.q. eerste controle komen tenminste de volgende onderwerpen aan bod (voor zover nog niet tijdens het preconceptieconsult besproken):

- leeftijd;
- (etnische) afkomst;
- menstruele cyclus;
- adviezen, interventies aangeboden tijdens preconceptieconsult;
- conceptiewijze;
- verloskundige voorgeschiedenis;
- medische (incl. psychiatrische) voorgeschiedenis;
- gebruik (zelf)medicatie;
- intoxicaties;
- vaccinatiestatus;
- ziekten en afwijkingen in familie;
- zwangerschapsbeleving;
- overige klachten en verschijnselen;
- psychosociale factoren;
- arbeid- en leefstijlfactoren.

Naast anamnese van de zwangere is het van belang dat er aandacht is voor de anamnese van de partner waarbij naast leeftijd, etnische afkomst, eerdere kinderen, ziekten en afwijkingen in de familie ook eventuele intoxicaties en arbeid- en leefstijlfactoren aan de orde komen. Ook kan op indicatie een eventueel risico op MRSA-besmetting en vrouwelijk genitale verminking (VGV) ter sprake gebracht worden. Zie ook paragraaf 6.4.

Vervolgens wordt de vrouw lichamelijk onderzocht (lengte, gewicht en bloeddruk) en wordt het gebruikelijke laboratoriumonderzoek (ABO-bloedgroep, aanwezigheid Rhesus (D)- en Rhesus (c)-antigeen, bloedgroepantistoffen (IEA), hemoglobinegehalte, glucose, (eerdere) infectieziekten: syfilis, hepatitis B, hiv), alsmede echoscopisch onderzoek (termijn/ uitgerekende (à terme) datum) uitgevoerd. Een deel van het laboratoriumonderzoek maakt deel uit van het landelijk bevolkingsonderzoek PSIE (Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie).⁵⁰

De verloskundig zorgverlener geeft tenslotte voorlichting en beantwoordt vragen van de zwangere (counseling en coaching). Het betreft onder andere arbeid en leefstijl; zwangerschapseducatie; bereikbaarheid en beladvies, alsmede het belang en het tijdig organiseren van kraamzorg. De voorlichting en informatie wordt aangeboden mede op basis van de behoefte van de zwangere zelf.

De zwangere ontvangt bij wijze van schriftelijke ondersteuning bij alle gegeven voorlichting in ieder geval de folder 'Zwanger!' van de betrokken beroepsgroepen en organisaties uitgegeven door het RIVM.

Iedere vrouw wordt aan het begin van de zwangerschap op de hoogte gebracht van haar recht op geïnformeerde keuze, zoals vastgelegd in de WGBO. Zij heeft te allen tijde de mogelijkheid om af te zien dan wel af te wijken van het zorgaanbod zoals vastgelegd in deze standaard.

De zwangere wordt verder geïnformeerd over de registratie van gegevens in haar dossier, in de Landelijk Perinatale Registratie en over de registratie van gegevens in het kader van de bevolkingsonderzoeken waar zij aan mee doet (in respectievelijk Praeventis voor het PSIE programma en in Peridos voor de screening op downsyndroom en de 20 wekenecho). In het kader van privacybescherming wordt haar ook duidelijk gemaakt dat voor het delen van tot de persoon herleidbare gegevens haar expliciete toestemming nodig is. Dit wordt genoteerd in haar dossier.

⁴⁹ Een voorbeeld is de R4U (the Rotterdam Reproduction Risk Reductio checklist). Bron: Kennispoort Verloskunde.

⁵⁰ De prenatale screening op Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE). Zie ook RIVM: 'Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE).

Bij de eerste controle wordt haar tenslotte gevraagd of zij informatie wil ontvangen over de mogelijkheden van (niet-invasieve) prenatale screening op congenitale aandoeningen. Zie verder 'zwangerschap 9-14 weken' en paragraaf 4.3.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV-standaard: 'Prenatale verloskundige begeleiding'
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ RIVM: 'Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie, versie 4.0, 2014'
- ✓ Verloskundige Indicatielijst
- ✓ WIP, 'Meticilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)'

4.2 Vervolgconsulten

Na de intake, eerste controle bezoekt de zwangere de verloskundig zorgverlener geregeld. Deze consulten zijn, mede afhankelijk van behoefte, zo gelijkmatig mogelijk verdeeld over de zwangerschap en kunnen zowel individueel alsook in groepsverband (zie hierna) worden aangeboden.⁵¹ Het belang van alle in deze paragraaf genoemde controles, wordt vooraf duidelijk met de zwangere besproken. Naast aandacht voor obstetrische en medische factoren wordt er ook expliciet naar psychosociale, arbeid- en leefstijlfactoren gekeken. Bij ieder vervolgconsult (mede afhankelijk van de termijn) komen de volgende punten aan de orde:

- uitslagen laboratoriumonderzoek en eventuele vervolgacties;
- bloeddrukmeting;
- uitwendig onderzoek van de zwangere (groei baarmoeder), waarbij ook gevraagd wordt naar (de eerste) kindsbewegingen;
- bepaling proteïnurie (op indicatie);
- zwangerschapsbeleving, welbevinden, klachten en problemen;
- voorlichting en counseling;
- bloedonderzoek (op indicatie).

Bij de foetus worden (mede afhankelijk van de termijn), de volgende aspecten beoordeeld:

- groei;
- ligging en indaling voorliggende deel;
- harttonen;
- kindsbewegingen (via de moeder).

Centering Pregnancy (CP)

Een alternatief voor individuele consulten is Centering Pregnancy. Dit is een vorm van prenatale groepszorg, gebaseerd op een succesvolle Amerikaanse methode, waarbij in plaats van de huidige één op één controles tijdens de zwangerschap, de prenatale zorg in tien sessies wordt aangeboden aan een groep van 10 tot 12 zwangere vrouwen met eenzelfde zwangerschapsduur. Tijdens een sessie worden de zwangerschapscontroles (zoals de bloeddruk, groei van de foetus, etc.) gecombineerd met voorlichting, interactieve leermethoden en gesprekken over wat vrouwen bezig houdt tijdens hun zwangerschap. CP wordt voor Nederland ontwikkeld door TNO in nauwe samenwerking met onder andere de KNOV en de afdelingen Public Health en Obstetrie van het LUMC. CP bestaat uit negen bijeenkomsten tijdens de zwangerschap en een terugkombijeenkomst wanneer alle vrouwen bevallen zijn. Elke bijeenkomst kent zijn eigen thema. Tijdens deze bijeenkomsten kan ook een

⁵¹ Er bestaat op dit moment geen consensus over het minimaal benodigd aantal consulten. Aanbevolen wordt een multidisciplinair basisschema voor antenatale controles bij een ongecompliceerde zwangerschap te ontwikkelen.

rol weggelegd zijn voor de kraamzorg, de gynaecoloog en andere zorgverleners (bijv. diëtisten, fysiotherapeuten, anesthesiologen, etc.).⁵² Gaande het traject wordt de rol van zorgverleners steeds bescheidener. De ontstane netwerken blijven vaak bestaan tot ver na de geboorte van de kinderen.

4.2.1 Zwangerschap 9 tot 14 weken

In deze fase vindt indien gewenst counseling over de combinatietest en het 'structureel echoscopisch onderzoek' (SEO) plaats en wordt de combinatietest, indien gewenst, ook uitgevoerd. Met deze test is het mogelijk de individuele kans op het krijgen van een kind met trisomie 21 (Downsyndroom), 13 (Patau-syndroom) en 18 (Edwardssyndroom) te bepalen. De zwangere en haar partner ontvangen de informatie en indien sprake is van een verhoogde kans volgt er een gesprek. Voor de te stellen eisen aan de counseling wordt verwezen naar het Draaiboek 'Prenatale Screening Downsyndroom en SEO (RIVM, versie 5.0, 2014).⁵³ De niet-invasieve prenatale test (NIPT) is mogelijk na een positieve combinatietest en op basis van strikte criteria binnen een implementatiestudie. Zie verder paragraaf 4.3. In deze fase wordt ook de uitslag van het eerste bloedonderzoek in het kader van het landelijk bevolkingsonderzoek PSIE besproken. Hierbij wordt verwezen naar het draaiboek 'Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (www.draaiboekpsie.nl)'. Bij een afwijkende uitslag wordt voorlichting gegeven over de betreffende aandoening en de mogelijke vervolgstappen. De zwangere ontvangt bij wijze van schriftelijke ondersteuning bij de gegeven voorlichting over de betreffende aandoeningen een folder van het RIVM.

Tijdens deze fase (uiterlijk in week 16) stellen de coördinerend zorgverlener en de zwangere gezamenlijk een (eerste) Individueel geboortezorgplan op. Daartoe krijgt de zwangere onder meer voorlichting en counseling over de organisatie van de verloskundige- en kraamzorg, keuzevrijheid, dossiervorming, overdracht van informatie aan andere zorgverleners en privacy.

4.2.2 Zwangerschap 14 tot 22 weken

Tijdens deze fase vindt, na counseling hierover, desgewenst de 20 weken screening, het SEO plaats. Op indicatie kan dat ook een 'Geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO) zijn. Ook voor deze onderzoeken geldt dat de zwangere, na adequate counseling, expliciet toestemming moet geven. Deze echo is immers vooral bedoeld om tijdens de zwangerschap te onderzoeken of het kind een structurele afwijking heeft. Zie verder paragraaf 4.3 en het Draaiboek 'Prenatale Screening Downsyndroom en SEO. RIVM, versie 5.0, 2014.

4.2.3 Zwangerschap 22 tot 28 weken

Tijdens de zwangerschapscontroles wordt door de verloskundig zorgverlener de adequate groei van baarmoeder en kind ingeschat. Een meer systematische aanpak zou de opsporing van kinderen met een verhoogd risico door een achterblijvende groei sterk kunnen verbeteren. Om foetale groeivertraging op te sporen kan voor elke zwangere vanaf de 26ste zwangerschapsweek een individuele groei-curve ingevuld worden die gebaseerd is op haar lengte, gewicht, etniciteit en pariteit.⁵⁴

Het verdient aanbeveling dat de KNOV en de NVOG een gezamenlijk standpunt opstellen ten aanzien van het gebruik van fundus-symfyse metingen en de te gebruiken echoscopische curven om de groei te vervolgen.

Bij Rhesus D negatieve zwangeren vindt er in week 27 een IEA-bepaling en een foetale rhesustypering plaats. Alleen RhD-negatieve vrouwen die zwanger zijn van een RhD-positief kind krijgen in week 30 van de zwangerschap en na de bevalling (uiterlijk binnen 48 uur) anti-RhD-Ig (anti-D) toegediend. De postpartum toediening geschiedt op geleide van de uitslag van de foetale RhD-typering. Ook bij Rhesus c-negatieve zwangeren vindt in week 27 een IEA-bepaling plaats. Verwezen

⁵² M. Rijnders e.a. Centering pregnancy biedt zwangere centrale rol in de Nederlandse verloskundige zorg. TSG, 2012 (90), nummer 8.

⁵³ Voor de meest actuele eisen wordt verwezen naar de website van het RIVM http://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Downscreening/Voor_professionals/Counseling

⁵⁴ KNOV-standaard: 'Opsporing van foetale groeivertraging'.

wordt naar het Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie. RIVM, versie 4.0 1 januari 2014 (www.draaiboekpsie.nl). Indien de zwangere draagster is van hepatitis B dient in deze periode een recept uitgeschreven te worden voor HBig wat binnen 2 uur na de bevalling moet worden toegediend aan de pasgeborene.

Aan zwangeren met een verhoogd risico op diabetes gravidarum wordt geadviseerd tussen de 24 en 28 weken een screening te ondergaan. Op dit moment wordt hiervoor de orale glucosetolerantietest (OGTT) geadviseerd.

Tijdens deze fase krijgt de zwangere voorlichting over de lichamelijke klachten en verschijnselen die zich kunnen voordoen bij hypertensieve aandoeningen. Uiterlijk in deze periode krijgt zij tenslotte informatie over zwangerschapscursussen, de voorbereiding op de bevalling (plaats, wijze, houding, pijn en mogelijkheden voor (medicamenteuze) pijnbehandeling) en de voeding van de pasgeborene.

4.2.4 Zwangerschap 28 tot 36 weken

De zwangere krijgt opnieuw informatie en counseling over tenminste de voorbereiding op de bevalling (voorzieningen, begeleiding), de bevalling zelf (plaats, wijze, houding, pijn en mogelijkheden voor (medicamenteuze) pijnbehandeling), de voeding van de pasgeborene, de kraamperiode en –zorg, de voorbereiding op het ouderschap en praktische zaken, zoals aangifte bij de gemeente, zwangerschapsverlof, etc.

Tijdens deze fase zijn er huisbezoeken waarin de kraamzorg intake wordt gedaan en waarin een prenataal huisbezoek als onderdeel van het zorgpad wordt gepland. De intake voor kraamzorg zoals deze nu reeds volgens het huidige Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg wordt voorgeschreven vindt plaats vóór 32 weken. De kraamzorginstelling blijft verantwoordelijk voor deze intake. Daarnaast vindt rond de 34^e week het prenatale huisbezoek plaats.⁵⁵ Het prenatale huisbezoek is een integraal onderdeel van de zorg door de verloskundig zorgverlener. Het biedt de zwangere de mogelijkheid om zich in gesprek met haar verloskundig zorgverlener, die vertrouwd en deskundig is, voor te bereiden op de bevalling. Het huisbezoek biedt de verloskundig zorgverlener de mogelijkheid een goed beeld te krijgen van de zwangere en haar thuissituatie (o.a. psychosociale risico's voor moeder en kind). Het bezoek heeft, net als de kraamzorgintake, een open en vertrouwelijk karakter waarin de verloskundig zorgverlener voldoende tijd heeft voor de zwangere. Het waarborgen van de zorg en de veiligheid van moeder en kind, van het gezin en van de zorgverlener(s) staan hierbij centraal.⁵⁶

De coördinerend zorgverlener is verantwoordelijk voor de uitvoering van het prenatale huisbezoek. Zij of hij kan zelf het bezoek afleggen of er zorg voor dragen dat het huisbezoek wordt uitgevoerd door een andere adequaat geschoolde professional van een kraamzorginstelling of uit het VSV. Op regionaal niveau kan een protocol opgesteld worden om het aangeboden huisbezoek gestructureerd en doeltreffend te laten verlopen.

Voor de afstemming over het prenatale huisbezoek tussen de coördinerend zorgverlener en de kraamzorginstelling zullen binnen het VSV regionale samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt. Daarbij is het mogelijk dat de kraamzorgintake en het huisbezoek gecombineerd worden uitgevoerd.

Mede op basis van het huisbezoek bepaalt de zwangere, in goed overleg met de coördinerend zorgverlener, rond de 34e week op welke locatie zij bij ongewijzigde omstandigheden wil bevallen. De zwangere kan te allen tijde van haar keuze afwijken of deze veranderen. Zie ook paragraaf 5.2.

Verminderde kindsbewegingen

Foetale sterfte wordt vaak vooraf gegaan door een periode van afname van de kindsbewegingen.⁵⁷ Het is belangrijk de zwangere vrouw voor te lichten zich bewust te zijn van het individuele bewegingspatroon van haar ongeboren kind. Bij een zwangere die bij 24 weken zwangerschapsduur nog geen kindsbewegingen voelt, is dat reden voor een uitgebreider onderzoek. Als de zwangere bezorgd is

⁵⁵ Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

⁵⁶ KNOV: Handreiking '34 weken-huisbezoek', 2013.

⁵⁷ KNOV, NVOG: 'Verminderende kindsbewegingen tijdens de zwangerschap' en de bijbehorende cliëntenfolder.

over een vermindering of een verandering van de kindsbewegingen (na 28 weken) kan zij het best contact opnemen met haar verloskundig zorgverlener. Deze neemt een anamnese af en doet onderzoek om de klacht te evalueren. De zwangere wordt daarbij geïnformeerd over hoe zij op kindsbewegingen kan letten. Indien daartoe aanleiding is, volgt een uitgebreidere evaluatie en wordt de zwangere nog dezelfde dag onderzocht door een verloskundig zorgverlener die gespecialiseerd is in CTG en echoscopie.

Zie verder de richtlijn 'Verminderde kindsbewegingen tijdens de zwangerschap' en de bij de richtlijn behorende cliëntenfolder.

4.2.5 Zwangerschap 36-42 weken

Tijdens deze fase krijgt de zwangere opnieuw informatie en counseling over de bevalling, pijnbehandeling, beladvies, de kraamperiode en -zorg en de voorbereiding op het ouderschap. Aanvullend wordt voorlichting gegeven over toediening vitamine K, neonatale screening en de zorg van de pasgeborene. Op indicatie vindt counseling plaats over het bij serotiniteit te voeren beleid.

Stuitligging

Stuitligging à terme wordt geassocieerd met verhoogde risico's op perinatale morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind tijdens de baring. Een belangrijke obstetrische interventie om het aantal stuitliggingen à terme te reduceren is het toepassen van de uitwendige versie vanaf week 36. De uitwendige versie is een bewezen veilige interventie en wordt door de betrokken beroepsorganisaties (KNOV en NVOG) aanbevolen als de eerste behandeloptie bij stuitligging bij alle vrouwen zonder een contra-indicatie voor de uitwendige versie.⁵⁸ Het toepassen van de uitwendige versie (gemiddeld succespercentage van 50%) kan het aantal geboorten in stuitligging aanzienlijk verminderen.⁵⁹ Over de locatie waar een uitwendige versie het best kan plaats vinden bestaat nog geen consensus. Het verdient aanbeveling dat de KNOV en de NVOG over de uitwendige versie een multidisciplinaire richtlijn ontwikkelen.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV-standaard: 'Anemie'
- ✓ KNOV-standaard: 'Hygiëne en infectiepreventie in de eerstelijns verloskundige praktijk'
- ✓ KNOV-standaard: 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode'
- ✓ KNOV-standaard: 'Opsporing van foetale groeivertraging'
- ✓ KNOV-standaard: 'Prenatale verloskundige begeleiding'
- ✓ KNOV, NVOG: Richtlijn 'Verminderde kindsbewegingen tijdens de zwangerschap'
- ✓ KNOV-standpunt: 'Uitwendige versie'
- ✓ KNOV: handreiking 'Huisbezoek'
- ✓ Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- ✓ LESA: 'Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ LESA-V: 'Miskraam'
- ✓ NHG-standaard: 'Anemie'
- ✓ NHG-standaard: 'Miskraam'
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ NVA/NVOG: Richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'
- ✓ NVAB: Richtlijn 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Datering van de zwangerschap'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Diabetes mellitus en zwangerschap'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Erytrocytenimmunisatie en zwangerschap'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Herhaalde miskraam'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Stuitligging'
- ✓ RIVM: 'Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie versie 4.0, 2014'
- ✓ RIVM: 'Draaiboek Prenatale Screening Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek, versie 5.0, 2014'
- ✓ Verloskundige Indicatielijst

⁵⁸ Voor contra-indicaties wordt verwezen naar de geldende richtlijnen en standpunten.

⁵⁹ Gezamenlijke verklaring KNOV, NVOG en ZN, 19 juni 2013.

4.3 Prenatale screening⁶⁰

De meeste pasgeborenen zijn gezond. Een klein deel (circa 4%) heeft echter congenitale aandoeningen, die voor een deel ernstig zijn. In een aantal gevallen is het mogelijk om door middel van prenataal onderzoek in een vroeg stadium van de zwangerschap bij de foetus ernstige aandoeningen vast te stellen. Er blijft ook na prenataal onderzoek altijd een kleine kans dat het kind wordt geboren met een niet ontdekte, al dan niet erfelijke, aandoening. De meeste erfelijke en/of congenitale aandoeningen worden pas na de geboorte ontdekt.

Indien er binnen een familie bepaalde aandoeningen voorkomen waarvan het onduidelijk is of deze erfelijk zijn of niet, kan de zwangere kiezen voor nader onderzoek door een klinisch geneticus. De beslissing om dit al dan niet te doen, maakt de zwangere zelf met ondersteuning van de coördinerend zorgverlener of de huisarts (counseling). In dat geval wordt bij de zwangere en/of partner onderzocht wat de rol van erfelijke aanleg is bij het ontstaan van een congenitale afwijking. Ook kan worden onderzocht wat de kans is op herhaling van een congenitale en/of erfelijke aandoening bij een eventueel volgend kind. Dit onderzoek vindt bij voorkeur plaats voordat er een (volgende) zwangerschap is, omdat dan nog alle reproductieve keuzemogelijkheden beschikbaar zijn. Indien genetisch onderzoek tijdens de zwangerschap plaatsvindt, moeten onderzoek en een eventuele beslissing vaak onder een grote tijdsdruk genomen worden.⁶¹

Door het RIVM worden er op landelijk niveau twee prenatale screenings gedefinieerd: de prenatale screening op Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie (PSIE) en de prenatale screening op downsyndroom, trisomie 13 en 18, en de screening op ernstige foetale afwijkingen door middel van het Structureel Echoscopisch Onderzoek (de screening op downsyndroom en het SEO).⁶²

De prenatale screening op Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie heeft als doel hepatitis B, hiv, congenitale syfilis en ernstige gevolgen van hemolytische ziekten van de foetus en/of de pasgeborene te voorkomen.

Het doel van prenatale screening op downsyndroom en het SEO is om aanstaande ouders die dat willen, tijdig te informeren over de eventuele aanwezigheid van een of meer aandoeningen, zodat zij een keuze kunnen maken uit de handelingsopties. Tot 24 weken zwangerschap bestaat de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken. De andere handelingsoptie is het continueren van de zwangerschap. Hoewel er belangrijke therapeutische ontwikkeling in de foetale geneeskunde gaande zijn, zal het ouderpaar zich in dat geval meestal moeten voorbereiden op het krijgen van een kind met een congenitale aandoening of foetale afwijking.

De prenatale screening op downsyndroom bestaat uit een combinatietest (kansbepaling op downsyndroom en trisomie 18 en 13 door middel van een echo gecombineerd met bloedonderzoek). Indien deze kans verhoogd is, kan na counseling besloten worden tot vervolgonderzoek (NIPT, vlokentest, vruchtwaterpunctie). Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is een echo onderzoek dat rond 20 weken verricht wordt. Als bij het echoscopisch onderzoek iets afwijkends wordt gezien, is niet altijd duidelijk wat daarvan de gevolgen zijn. De zwangere komt dan in aanmerking voor een geavanceerd ultrageluid onderzoek (GUO) in een Centrum voor Prenatale Diagnostiek. Zie hiervoor paragraaf 4.4.

NIPT

Sinds enige tijd bestaat de mogelijkheid een andere, niet-invasieve prenatale test (NIPT) te laten verrichten. Het is een nieuwe test, die als proef in Nederland vanaf 1 april 2014 beschikbaar is binnen de

⁶⁰ Onder screening verstaat de Gezondheidsraad: 'Onderzoek ter systematische vroege opsporing (of uitsluiting) van een ziekte, van de aanleg daarvoor of van dragerschap van een aanleg die bij het nageslacht tot ziekte kan leiden.' (GR 2001) Er is sprake van screening wanneer het onderzoek:⁶⁰

- o zich richt op een vooraf omschreven groep mensen die zelf (nog) geen aanleiding hebben om wegens klachten, symptomen of ongerustheid geneeskundige hulp te zoeken.
- o plaatsvindt op initiatief ('aanbod') van het zorgsysteem, niet naar aanleiding van een zorgvraag.
- o een systematisch karakter heeft: alle leden van de doelgroep worden er in beginsel voor uitgenodigd of nadrukkelijk op de hoogte gebracht van de mogelijkheid er aan deel te nemen.

⁶¹ Zie ook www.erfelijkheid.nl of www.rivm.nl/downscreening, www.rivm.nl/20wekenecho en www.rivm.nl/zwangerschapsscreening.

⁶² RIVM: Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie versie 4.0, 2014 en Draaiboek Prenatale Screening Downsyndroom en SEO, versie 5.0, 2014.

zogenaamde Trident-studie. In Nederland wordt deze test alleen aangeboden aan vrouwen die bij de combinatietest een verhoogd risico of al een kind met downsyndroom hebben. Wanneer deze test duidt op een chromosomale afwijking kan de zwangere kiezen voor invasieve diagnostiek. Een eventuele aandoening kan dan met zekerheid vastgesteld worden. De verwachting is dat met het beschikbaar komen van de NIPT invasieve prenatale diagnostiek in de toekomst minder vaak zal worden uitgevoerd.⁶³

Relevante richtlijnen en standaarden
<ul style="list-style-type: none"> ✓ NVOG: Richtlijn 'Prenatale screening' ✓ RIVM: Draaiboek 'Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie versie 4.0, 2014' ✓ RIVM: Draaiboek 'Prenatale Screening Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek, versie 5.0, 2014' ✓ http://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Downscreening/Voor_professionals ✓ http://www.rivm.nl/Onderwerpen/T/Twintig_wekenecho/Voor_professionals

4.4 Specifieke risico's

Tijdens de zwangerschap en de daaropvolgende bevalling kan sprake zijn van specifieke risico's en/of omstandigheden die zwangerschap en (mogelijk) de bevalling compliceren en daarmee van invloed kunnen zijn op de zorg en begeleiding van een zwangere. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan een verhoogde kans op congenitale aandoeningen, foetale groeivertraging, hypertensieve complicaties, diabetes gravidarum, obesitas, dreigende vroeggeboorte en serotiniteit. In deze zorgstandaard wordt op deze specifieke risico's niet nader ingegaan. Voor meer informatie en behandelopties wordt verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden. Zwangeren waarbij zich deze specifieke risico's voordoen, worden wanneer de zwangere daarvoor toestemming geeft in het interprofessioneel team besproken of door meerdere zorgverleners gezien. Dit wordt per situatie bepaald en is gebaseerd op regionale afspraken c.q. omstandigheden.

Relevante richtlijnen en standaarden
<p><i>Congenitale aandoeningen en prenatale diagnostiek</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ KNOV-standpunt: 'Prenatale Diagnostiek' ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode' ✓ NVOG: Richtlijn 'Indicaties voor prenatale diagnostiek' ✓ Verloskundige indicatielijst ✓ VSOP: 'Preconceptie- en prenatale zorg bij zeldzame aandoeningen'
<p><i>Foetale groeivertraging</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ KNOV-standaard: 'Opsporing van foetale groeivertraging' ✓ NVOG: Richtlijn 'Foetale groeibeperking' ✓ Verloskundige indicatielijst (herziene versie)
<p><i>Hypertensieve complicaties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ KNOV/NVK/NVOG/NIV/NVMM: Richtlijn 'Hypertensieaandoeningen in de zwangerschap' ✓ KNOV-standaard: 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode' ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode' ✓ Verloskundige indicatielijst
<p><i>Diabetes gravidarum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ KNOV: Factsheet Diabetes Gravidarum (GDM) ✓ NDF: Zorgstandaard Diabetes ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode' ✓ NIV: Richtlijn 'Diabetes en zwangerschap' ✓ NVOG: Richtlijn 'Diabetes mellitus en zwangerschap'

⁶³ Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y; Kernboek Praktische Verloskunde. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten 2014.

- ✓ Verloskundige indicatielijst (herziene versie)

Obesitas

- ✓ CBO: Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Zwangerschap bij obesitas'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

Dreigende vroeggeboorte

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Begeleiding bij foetale sterfte en doodgeboorte'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Dreigende vroeggeboorte'
- ✓ NVOG: 'Richtlijn Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Preventie recidief spontane vroeggeboorte'
- ✓ NVOG/NVK: Richtlijn 'Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte'
- ✓ NVOG/NVK: Nota 'Verwijzing naar een perinatologisch centrum'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

Serotiniteit

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Serotiniteit'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

5 Bevalling en geboorte

In dit hoofdstuk wordt de zorg en begeleiding bij de bevalling en geboorte beschreven. Het betreft primair de basiszorg die een zwangere vrouw en de pasgeborene aangeboden behoren te krijgen bij een naar verwachting normale bevalling. Daarbij wordt te allen tijde het beginsel van informed consent gerespecteerd. De zwangere c.q. kraamvrouw wordt hier zo nodig op gewezen en wordt ondersteund in haar capaciteit om voor zichzelf en haar familie te zorgen.

In dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op de plaats van de bevalling, de partusassistentie en het (eerste) onderzoek van de pasgeborene. In paragraaf 5.5. wordt tenslotte kort ingegaan op enkele niet-fysiologische vormen van bevallen en asfyxie. Daarbij wordt vooral verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden.

5.1 Basiszorg

Het op gang komen van de baring is een complex proces waarin zowel de moeder als de foetus een rol vervullen. Wanneer de zwangere contact opneemt met de verloskundig zorgverlener omdat zij denkt dat de bevalling is begonnen en/of denkt de verloskundig zorgverlener nodig te hebben, beoordeelt deze de situatie. Dit geldt zowel bij een thuisbevalling als bij een bevalling in een geboortecentrum of ziekenhuis. Tijdens de zwangerschap is al besproken wat bij de bevalling de rol van de verloskundig zorgverlener is. De vrouw weet wat zij van haar/hem kan verwachten en bepaalt mede de omvang van de zorg.

De verloskundig zorgverlener beoordeelt of de baring is begonnen, de conditie van de zwangere en haar nog ongeborn kind (klachten en verschijnselen), alsmede de draagkracht van de vrouw. Zij wordt ook lichamelijk onderzocht waarbij aandacht is voor bloeddruk, pols, weeënactiviteit, foetale ligging en -indaling, foetale harttonen en kleur vruchtwater (bij gebroken vliezen). Op indicatie kan er een vaginaal onderzoek plaatsvinden (portio, ontsluiting, vliezen, indaling, aard voorliggend deel, stand voorliggend deel).

Tijdens de zwangerschap heeft de zwangere informatie gekregen over de opvang van weeën, bevallingshouding, omgaan met pijn en mogelijkheden voor (medicamenteuze) pijnbehandeling. De verloskundig zorgverlener observeert en indien nodig checkt ze bij de vrouw hoe de vrouw de weeën ervaart en opvangt. Zij/hij kijkt of de zwangere hierin verdere ondersteuning nodig heeft. De verloskundig zorgverlener is op de hoogte van welke andere begeleiding (partner, naasten, kraamverzorgende, doula) de vrouw heeft. In samenspraak met de zwangere wordt gekeken wat de vervolgstappen zijn.

De frequentie van de observaties wordt afgestemd op de behoefte van de zwangere. Continue begeleiding is daarbij de norm. Continu begeleiding van een vertrouwd persoon, is, als de vrouw dat wil, een belangrijk onderdeel van goede zorg. Het heeft een gunstig effect op het verloop van de bevalling.⁶⁴ Zo duurt de bevalling gemiddeld korter en vinden er minder vaginale kunstverlossingen of sectio caesarea's plaats. Bovendien hebben de pasgeborenen minder vaak een lage Apgar-score na 5 minuten en kijken kraamvrouwen meer tevreden terug op hun bevalling. Continu begeleiding leidt onder andere tot een lager gebruik van medicamenteuze pijnbehandeling.⁶⁵

Zolang nog geen sprake is van actieve ontsluiting kan de conditie van de zwangere en de foetus en de voortgang van de bevalling meestal het beste thuis geobserveerd worden, ook bij vrouwen met een laag risico die in een geboortecentrum of ziekenhuis gaan bevallen. De frequentie van de observaties wordt afgestemd op de behoefte van de zwangere.

Tijdens de eerste fase van de bevalling kan onder regie en verantwoordelijkheid van de verloskundig zorgverlener, ook een kraamverzorgende of (afhankelijk van regionale afspraken en de locatie) een O&G-verpleegkundige worden ingezet om aanvullende begeleiding te geven. Deze zorgverleners zul-

⁶⁴ O.a. KNOV-standaard: 'Niet vorderende ontsluiting'.

⁶⁵ KNOV: 'Handreiking Continue Begeleiding eerste lijn' en KNOV: 'Handreiking 'Continue begeleiding tijdens de bevalling bij vrouwen met een medische indicatie'.

len daarna, tijdens de uitdrijving, de verloskundig zorgverlener bijstaan. Het inschakelen van de begeleider wordt in samenspraak met de zwangere geregeld door de verloskundig zorgverlener.

Als een zwangere in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis bevalt, gaan zij en haar partner, bij een bevalling zonder medische indicatie, in overleg met haar verloskundig zorgverlener pas naar de bevallingslocatie wanneer de actieve ontsluiting is begonnen.

Bij bevallingen met een hoger risico (medische indicatie) kan een vroegere opname in het ziekenhuis nodig zijn. Dit wordt al tijdens de prenatale zorg besproken. In dat geval wordt de zwangere vanaf het moment van opname (continue) begeleid door een (gespecialiseerd) zorgverlener die voor de zorgzwaarte is toegerust. Hiervoor wordt verwezen naar de relevante richtlijnen.⁶⁶

Vanaf het moment dat sprake is van actieve ontsluiting ontvangt de zwangere, indien zij dat wenst, continue begeleiding bij voorkeur door de verloskundig zorgverlener zelf. Ook de kraamverzorgende of (afhankelijk van de locatie) een O&G-verpleegkundige kunnen in deze fase desgewenst een belangrijke rol spelen. Voor vroegtijdige inzet kraamzorg bij partusassistentie (VIP) wordt verwezen naar paragraaf 5.3. Belangrijke variabelen die een rol kunnen spelen bij de beslissing van de verloskundig zorgverlener om tijdens de ontsluiting of uitdrijving met een ander lid van het interprofessioneel geboortezorgteam over de barendende te overleggen zijn de conditie van de foetus of de vrouw en de mate van progressie (weeënkracht, indaling, stand, etc.).⁶⁷

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV: 'Handreiking Continue Begeleiding eerste lijn'
- ✓ KNOV: 'Handreiking 'Continue begeleiding tijdens de bevalling bij vrouwen met een medische indicatie'
- ✓ KNOV-standaard: 'Niet vorderende ontsluiting'
- ✓ KNOV-standpunt: 'Voorlichting over pijn en pijnbehandeling tijdens de baring'
- ✓ Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden (KNOV, Actiz)
- ✓ Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- ✓ NVA/NVOG: Richtlijn 'Medicamenteuze pijn behandeling tijdens de bevalling'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Preventie van neonatale Groep-B-Streptokokkenziekte'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Meconiumhoudend vruchtwater'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Spontane vaginale bevalling'
- ✓ Verloskundige Indicatielijst

Omgaan met pijn

Iedere zwangere is tijdens de zwangerschap geïnformeerd over het omgaan met pijn tijdens de baring en de mogelijkheden van (medicamenteuze) pijnbehandeling.

De vrijheid van de vrouw om haar eigen bevalhouding(en) te kiezen (zowel bij ontsluiting als bij uitdrijving) en niet gestoord te worden in het proces, dragen in hoge mate bij aan het adequaat opvangen van de weeën en het omgaan met pijn. De zorgverlener is zich hier te allen tijde van bewust. Wanneer het nodig is meer ondersteuning te bieden, kunnen er diverse comfortverhogende interventies aangebracht worden, waaronder: beweging, een andere, verticale houding, gebruik van water (zowel douche als (beval)bad), baringshouding, massage, biofeedback, etc. Ook emotionele ondersteuning kan effectief zijn. Een verticale houding tijdens de uitdrijving kan positieve effecten hebben op het pijngedrag en de pijnbeleving en leidt tot een kortere baring, minder episiotomieën en kunstverlossingen.⁶⁸

Welke vorm van (medicamenteuze) pijnbehandeling wordt ingezet, wordt door de barendende vrouw in goed overleg met de betrokken zorgverlener(s) en volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming bepaald. Naast epidurale pijnbehandeling, kan daarbij ook gedacht worden aan opioïde analgesie en lachgas. Medicamenteuze pijnbehandeling, inclusief epidurale analgesie, is voor elke barendende vrouw op haar verzoek beschikbaar.⁶⁹

⁶⁶ Zie ook: Handreiking 'Continue begeleiding tijdens de bevalling bij vrouwen met een medische indicatie', KNOV mei 2015.

⁶⁷ Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y; Kernboek Praktische Verloskunde. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten 2014.

⁶⁸ KNOV-standpunt: 'Voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de baring'

⁶⁹ Wanneer medicamenteuze pijnbehandeling wordt overwogen, heeft vanuit een professioneel oogpunt epidurale analgesie vanwege de balans tussen effectiviteit van de pijnbehandeling en de veiligheid voor moeder en kind, de voorkeur boven andere vormen van medicamenteuze pijnbehandeling; NVOG/NVA: Richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'.

De uiteindelijke keuze zal primair bepaald worden door de voorkeur van de barendende vrouw, medische indicaties hierbij in acht nemend. Ook bij medicamenteuze pijnbehandeling spelen beweging, houding en (emotionele) ondersteuning een rol bij de voortgang van de baring.

In geval van medicamenteuze pijnbehandeling wordt de vrouw goed geïnformeerd over de voor- en nadelen van de diverse methoden (epidurale analgesie, opioïden, lachgas) en wordt zij geïnformeerd over de potentiële bijwerkingen en/ of complicaties. Deze informatie is ook al tijdens de zwangerschap verstrekt. De ontwikkeling van keuze-ondersteunend materiaal om de voor- en nadelen van de verschillende medicamenteuze behandeling inzichtelijk te maken wordt geadviseerd.

Mede vanwege het ontbreken van consensus over de indicaties voor het gebruik van opioïden wordt geadviseerd de huidige, verouderde multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' te reviseren.⁷⁰ Verder wordt geadviseerd om bij het maken van regionaal beleid over pijnbehandeling en het opstellen van voorlichtingsmateriaal regionale anesthesiologen te betrekken.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV-standpunt: 'Voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de baring'
- ✓ KNOV-rapport: 'Het gebruik van Relivopan® in de eerstelijns verloskunde'
- ✓ NVA/NVOG: Richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'
- ✓ NVOG/NVA: Protocol 'SOP Remifentanyl'

5.2 Plaats bevalling

Iedere zwangere heeft zelf de keuze om onder begeleiding van een verloskundig zorgverlener thuis, in een geboortecentrum⁷¹ of poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen.⁷² Deze keuze zou niet moeten worden beïnvloed door dat een bepaalde keuze extra kosten met zich meebrengt.

De coördinerende zorgverlener ondersteunt de vrouw bij haar keuze en adviseert bij een medische of sociale indicatie over een bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum. De VIL, de leidraad van het CPZ⁷³ en de lokale afspraken dienen daarbij als richtlijn. Indien nodig of gewenst kan ook overlegd worden met het interprofessioneel geboortezorgteam. Bij een medische of sociale indicatie wordt ook met de zwangere besproken welke verloskundig zorgverlener verantwoordelijk is voor de zorg tijdens de bevalling.

Indien sprake is van ernstige maternale complicaties, dreigende vroeggeboorte (< 32 weken), een geschat geboortegewicht van minder dan 1250 gram of als er levensbedreigende, congenitale aandoeningen worden verwacht, is een bevalling in een perinatologisch centrum geïndiceerd.⁷⁴

Medische indicatie

Zodra geconstateerd is dat er een medische indicatie is voor bevalling in het ziekenhuis wordt dit, in overleg en met toestemming van de zwangere, in het Individueel geboortezorgplan opgenomen en vindt de bevalling daar plaats. De medische indicaties staan beschreven in de Verloskundige indicatielijst (VIL).⁷⁵

Sociale en/of geografische indicatie

⁷⁰ De NVA is reeds voornemens de richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' volledig te reviseren.

⁷¹ Met een geboortecentrum wordt hier bedoeld een locatie met een 'droge' verbinding naar het ziekenhuis, waar zwangeren met een laag risico onder regie van een eerstelijns verloskundige bevallen, met dezelfde faciliteiten als in een thuissituatie. Op dit moment heeft in Nederland ongeveer 25% van de ziekenhuizen een geboortecentrum dat aan deze definitie voldoet.

⁷² Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

⁷³ Leidraad: Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie, CPZ, 17 april 2014.

⁷⁴ NVOG: Nota Verwijzing naar een perinatologisch centrum en richtlijn 'Dreigende Vroeggeboorte'.

⁷⁵ In de toekomst zal de VIL door de betrokken beroepsgroepen stapsgewijs worden omgevormd naar samenwerkingsafspraken waarbij zo mogelijk multidisciplinaire richtlijnen als basis dienen voor de zorgpaden op lokaal niveau.

Door het CPZ zijn criteria vastgesteld voor een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum op basis van een sociale en/of geografische indicatie. Onder de volgende omstandigheden is deze keuze geïndiceerd.⁷⁶

- A. Bij de intake of tijdens de zwangerschap (of bij de start van de baring) blijkt dat de eventuele reistijd naar het geboortecentrum/ziekenhuis ongewenst is, zoals bij:
 - elke reistijd die buiten de wettelijke 45-minutennorm valt;
 - uitzonderlijke weersomstandigheden (ijzel, sneeuwval of weeralarm);
 - (verhoogde) kans op file.
- B. Bij de intake of tijdens de zwangerschap blijkt dat de plaats van de bevalling thuis wegens woonomstandigheden verhindert dat er kwalitatief goede (verantwoorde) zorg geleverd kan worden, zoals wanneer:
 - de woning zich op een dusdanige plaats of hoogte bevindt of dusdanig ingedeeld is dat vervoer per ambulance niet mogelijk is (bijv. geen lift of vluchtroute, wenteltrap, woonboot);
 - de hygiënische omstandigheden inadequaat zijn.
- C. Bij de intake of tijdens de zwangerschap blijkt dat de plaats van de bevalling thuis dusdanig is dat de zorgverlener zich onveilig voelt, bijvoorbeeld door:
 - ligging van de woning in een buurt met kans op geweld op straat;
 - een gewelddadige thuissituatie.

5.3 Partusassistentie

Bij een normaal verlopende bevalling, ondersteund door een verloskundig zorgverlener, wordt partusassistentie in principe verleend door een kraamverzorgende ongeacht de plaats van de bevalling. Ook andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld de O&G-verpleegkundige kunnen, afhankelijk van de locatie, partusassistentie verlenen. De kraamverzorgende (of verpleegkundige) die de partusassistentie biedt, treft voorbereidingen en verzorgt de zwangere vlak voor, tijdens en kort na de bevalling en verzorgt de pasgeborene na de geboorte. Daarnaast biedt zij de zwangere ondersteuning en begeleiding tijdens de partus volgens het Individueel geboortezorgplan.

De kraamverzorgende of verpleegkundige werkt daarbij samen met en assisteert de verloskundig zorgverlener bij de bevalling door het uitvoeren van de taken die vallen binnen het eigen beroepsdomein. Over de gezondheid van de kraamvrouw en de pasgeborene observeert, signaleert en rapporteert zij primair aan de verloskundig zorgverlener.

De partusassistentie eindigt ongeveer twee uur na de geboorte van de placenta en als de kraamvrouw en de pasgeborene zijn gecontroleerd en verzorgd.⁷⁷ Bij een bevalling in een geboortecentrum of ziekenhuis mogen bij een ongecompliceerde bevalling de kraamvrouw en de pasgeborene in principe twee uur na de geboorte van de placenta naar huis.

Bij een thuisbevalling gaat de partusassistentie over in kraamzorg tijdens de kraamperiode. Zie verder hoofdstuk 6, paragraaf 6.1.1. Wanneer de verloskundig zorgverlener na een thuisbevalling nog complicaties verwacht, kan in de avond en nacht sprake zijn van verlenging van de partusassistentie. Een langere verblijfsduur in een geboortecentrum of ziekenhuis kan geïndiceerd zijn bijvoorbeeld bij meconiumhoudend vruchtwater, kunstverlossing of ruim bloedverlies.

De partusassistentie bestaat uit:

- praktische voorbereiding bevalling;
- praktische voorbereiding voor de verzorging van de pasgeborene;
- verzorgen van de zwangere/kraamvrouw voor, tijdens en na de bevalling, inclusief het uitvoeren van bijbehorende controles;
- begeleiding van de zwangere/kraamvrouw en haar partner voor zover gewenst (coaching, versterking eigen kracht);
- assisteren verloskundig zorgverlener. Bij een bevalling op medische indicatie in het ziekenhuis

⁷⁶ Leidraad: Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie, CPZ, 17 april 2014.

⁷⁷ Basiskwaliteitseisen, december 1999.

worden de zwangere en de foetus (op indicatie) continu bewaakt (CTG). De opname-indicatie bepaalt of er nog extra controles worden geadviseerd;

- ondersteunen bij het geven van (borst)voeding;
- helpen met eerste toiletgang, douchen;
- huishoudelijke taken (opruimen, wassen en schoonmaken);
- observeren, signaleren en rapporteren.

Zowel vanuit het perspectief van de zwangere als vanuit het perspectief van verloskundig zorgverlener, kraamverzorgende of verpleegkundige is een goede samenwerking en afstemming in taken en activiteiten tussen alle betrokkenen van groot belang.

Vroegtijdige inzet partusassistentie

De ondersteuning door een kraamverzorgende bij de bevalling (thuis, geboortecentrum, ziekenhuis) kan ook 'vroegtijdig' ingezet worden. De kraamverzorgende wordt in dat geval al ingezet wanneer de baring is begonnen. Zij blijft aanwezig gedurende de gehele bevalling ongeacht waar deze plaats vindt. Met deze vorm van ondersteuning kan het perspectief van de vrouw op de baring positief beïnvloed worden. Voor veel zwangeren en hun partner en met name voor nulliparae kan het vooruitzicht om grote delen van de baring alleen te moeten doen, beangstigend werken. De verloskundig zorgverlener bespreekt met de zwangere al tijdens de zwangerschap de mogelijkheid tot vroegtijdige ondersteuning van een kraamverzorgende. Haar keuze wordt in het Individueel geboortezorgplan opgenomen.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV-standaard: 'Hygiëne en infectiepreventie in de eerstelijns verloskundige praktijk'
- ✓ KNOV-standaard 'Niet-vorderende ontsluiting'
- ✓ KNOV, Actiz: 'Kwaliteitskader Vroegtijdige Partusondersteuning Kraamverzorgenden'
- ✓ Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Intrapartum foetale bewaking à terme'
- ✓ WIP-richtlijn: 'Veilig werken: Kraamzorg en partusassistentie'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

5.4 Pasgeborene

Na de geboorte bepaalt de verloskundig zorgverlener die de bevalling heeft begeleid direct postpartum de Apgar-score. Dit gebeurt tweemaal, één minuut en vijf minuten na de geboorte.⁷⁸

Op een geschikt moment na de bevalling wordt de pasgeborene ook lichamelijk onderzocht. Het lichamelijk onderzoek na de bevalling is om verschillende redenen van belang. Het geeft een eerste indruk van de conditie van de pasgeborene en eventuele aangeboren aandoeningen kunnen aan het licht komen. Daarnaast levert het wegen en temperaturen van de pasgeborene uitgangswaarden op die bij eventuele later ontstane symptomen of aandoeningen relevant zijn.

Het lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd in het bijzijn van (één van) de ouder(s). Het vindt pas plaats nadat de ouders ruim gelegenheid hebben gehad voor het eerste contact met hun kind. Onder andere voor hechting en bijvoorbeeld het slagen van de borstvoeding is het eerste uur na de geboorte erg belangrijk voor de pasgeborene en de moeder. Te allen tijde wordt ernaar gestreefd om de pasgeborene direct huid op huid bij de moeder te leggen en dit eerste uur niet te verstoren. Bij twijfel over de conditie van de pasgeborene kan deze regel uiteraard doorbroken worden.

Nader onderzoek, overleg of overdracht vindt plaats op indicatie. Symptomen als een blauwe of gele kleur, suboptimale ademhaling en afwijkend neurologisch onderzoek zijn redenen om direct een kinderarts te consulteren.

Indien de kraamvrouw borstvoeding gaat geven wordt de pasgeborene binnen één uur na de bevalling bij voorkeur bloot aan de borst gelegd. Het is hierbij van belang te letten op de signalen van het kind en gebruik te maken van de reflexen om te drinken. De kraamvrouw krijgt tenminste informatie over de (borst)voeding van de pasgeborene en over het toedienen van vitamine K direct na de geboorte en (op indicatie) anti-D aan de moeder of (op indicatie) HBIG aan de pasgeborene. De verloskundig zorg-

⁷⁸ NHG-standaard 'Onderzoek van de pasgeborene' (M74).

verlener draagt zorg voor het tijdig toedienen van de noodzakelijke toedieningen aan de kraamvrouw (anti-D op indicatie) en/of de pasgeborene (vit K en op indicatie HBig en HepB0 vaccinatie).

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV, NVOG, NVK: Richtlijn 'Hyperbilirubinemie'
- ✓ CBO: Multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding (voeding pasgeborene)'
- ✓ JGZ: 'Richtlijn 'Vroeggeboren kinderen en/of small for gestational age (SGA)'
- ✓ NHG-standaard: 'Onderzoek van de pasgeborene'
- ✓ NVOG/NVK: Nota 'Verwijzing naar een perinatologisch centrum'
- ✓ NVOG/NVK: Richtlijn 'Dreigende vroeggeboorte'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

5.5 Niet-fysiologische vormen van bevallen

Tijdens de zwangerschap en de daaropvolgende bevalling kan er sprake zijn van omstandigheden die een fysiologische bevalling onmogelijk maken c.q. een bevalling compliceren. Naast inleiding van de baring, waarbij deze kunstmatig op gang wordt gebracht, kunnen worden genoemd de kunstverlossing en de sectio caesarea. Ook kan sprake zijn van bijzondere omstandigheden, zoals bijvoorbeeld zuurstofgebrek bij de geboorte (perinatale asfyxie) waarbij reanimatie noodzakelijk kan zijn.

In deze zorgstandaard wordt op deze niet-fysiologische vormen van bevallen en andere, specifieke omstandigheden en risico's niet nader ingegaan. Voor meer informatie wordt verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden.

Relevante richtlijnen en standaarden

Inductie

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Inductie van de baring'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Foetale bewaking'

Kunstverlossing

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Vaginale kunstverlossing'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

Sectio caesarea

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Foetale bewaking'
- ✓ NVOG: Richtlijn 'Indicatiestelling sectio caesarea'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

Reanimatie en asfyxie

- ✓ KNOV-standpunt: 'Reanimatie van de pasgeborene in de thuissituatie of vergelijkbare omstandigheden'
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ NVK: Richtlijn 'Neonatale epileptische aanvallen, diagnostiek en behandeling'
- ✓ NVK: Richtlijn 'Reanimatie van pasgeborenen'
- ✓ NVK: Richtlijn 'Perinatale stroke, diagnostiek en behandeling'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

6 Na de bevalling en geboorte

In dit hoofdstuk wordt fasegewijs de zorg en begeleiding na de bevalling en geboorte beschreven. Het betreft primair de zorg die een kraamvrouw en de pasgeborene aangeboden behoren te krijgen ongeacht het verloop van de baring. Daarbij wordt te allen tijde het beginsel van informed consent gerespecteerd. De kraamvrouw wordt hier zo nodig op gewezen en wordt ondersteund in haar capaciteit om voor zichzelf en haar familie te zorgen. Bij een gecompliceerd verloop van zwangerschap of bevalling zal aanvullende zorg nodig zijn volgens geldende afspraken.

In dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op enkele specifieke aandachtspunten die in de kraamperiode van belang kunnen zijn. Daarbij wordt vooral verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden.

6.1 Zorg voor de kraamvrouw

6.1.1 Kraamzorg

Wanneer het kind overdag geboren is, gaat bij een thuisbevalling ongeveer twee uur na de geboorte van de placenta de partusassistentie over in kraamzorg tijdens de kraamperiode. Wanneer het kind 's avonds of 's nachts geboren is, beëindigt de kraamverzorgende de partusassistentie twee uur na de geboorte van de placenta, dan wel na de verlengde partusassistentie, en start zij de volgende dag met de kraamzorg in de kraamperiode.

Bij een bevalling in een geboortecentrum of ziekenhuis wordt ook daar kraamzorg geleverd of gaat de kraamzorg in na thuiskomst van de kraamvrouw en de pasgeborene. De tijd die men na de bevalling in het ziekenhuis verbleven heeft, wordt afgetrokken van de totaal beschikbare tijd voor kraamzorg.⁷⁹

Bij een normaal verlopende (thuis)bevalling zal de verloskundig zorgverlener beoordelen of voor de kraamvrouw en het gezin het geïndiceerde pakket kraamzorg passend is. Zo nodig adviseert de verloskundig zorgverlener, in samenspraak met de kraamverzorgende en kraamvrouw, om tot bijstelling van aard en omvang van de kraamzorg te komen. Wanneer sprake is geweest van een ziekenhuisopname en de kraamvrouw en de pasgeborene binnen tien dagen uit het ziekenhuis ontslagen worden (vanaf de dag dat het kind geboren is), wordt de indicatie voor kraamzorg bijgesteld.⁸⁰ Dit gebeurt in samenspraak met de kraamvrouw en haar partner.

Als de pasgeborene de gehele (geplande) kraamzorgperiode in het ziekenhuis moet blijven, bestaat soms de mogelijkheid om 'uitgestelde kraamzorg' of indien van toepassing 'couveuse nazorg' aan te vragen. Dit hangt af van de wijze waarop de zwangere is verzekerd. Dit geldt ook voor 'moederzorg' wanneer de pasgeborene na de bevalling nog in het ziekenhuis moet blijven. Moederzorg dient als verzorging van de moeder bij herstel na de geboorte van haar kind.

De kraamverzorgende ondersteunt, begeleidt en verzorgt de kraamvrouw, geeft daarnaast voorlichting aan de kraamvrouw en haar partner. De kraamverzorgende observeert, signaleert en rapporteert alleen met toestemming van de vrouw, over de voortgang van de gang van zaken in de kraamperiode aan de verloskundig zorgverlener, de kraamzorgorganisatie en de JGZ. De kraamzorg bestaat uit verschillende handelingen:

- medische zorg: controles kraamvrouw uitvoeren, zorg voor noodzakelijke hygiëne;
- medisch noodzakelijke zorg signaleren (kritische observatiepunten) en interveniëren, na overleg met de kraamvrouw en partner, na overleg en in opdracht van de verloskundig zorgverlener;
- preventieve zorg voor kraamvrouw en partner en bevordering eigen kracht, intrinsiek vermogen ten aanzien van gezond en veilig gedrag, alsmede bevordering van hechting van het pasgeboren kind;
- instructie: aanleren vaardigheden;
- voorlichting: kennis vergroten van kraamvrouw en partner;
- risicosignalering en risicomanagement, voorlichting over risico's van bepaald gedrag;
- dossiervoering, risicocommunicatie en overdracht;

⁷⁹ Hierbij wordt uitgegaan van 1/8 van de totaal geïndiceerde uren aftrek per dag (gemiddeld 6 uur per dag). Hierbij moet de dag van ontslag uit het ziekenhuis niet worden meegerekend.

⁸⁰ Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg: Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode. Maart 2008

- in overleg met de kraamvrouw en haar partner ondersteuning van het gezin.

Het is afhankelijk van de zorgvraag in het gezin op welke taken de kraamverzorgende het accent zal leggen. De kraamverzorgende stemt de werktijden en de taken en omvang van de zorg af met de ouder(s) en is daarin flexibel.

In de meeste gezinnen gaat het na de geboorte van het kind goed. In een aantal gevallen heeft een gezin meer ondersteuning nodig en kunnen zo nodig interventies aangeboden worden. Indien problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en wanneer ondersteuning wordt geboden, kunnen (opvoedings)problemen op latere leeftijd mogelijk voorkomen worden. Kraamzorg en Jeugdgezondheidszorg kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.

6.1.2 Begeleiding in de kraamperiode

De frequentie waarmee de verloskundig zorgverlener de kraamvrouw bezoekt, wordt mede bepaald door het beloop van de zwangerschap en de bevalling en het verloop van de kraamperiode. Gemiddeld komt de verloskundig zorgverlener vier- tot zesmaal op bezoek. Het eerste bezoek vindt binnen 24 uur plaats.^{81 82}

De kraamverzorgende heeft een signalerende functie en houdt een kraamdossier bij voor moeder en kind. Bij de kraamcontroles informeert de verloskundig zorgverlener bij de ouders en de kraamverzorgende naar bijzonderheden en vraagt de ouders hoe zij de bevalling hebben ervaren en het ouderschap beleven. In de anamnese van de kraamvrouw wordt tenminste aandacht besteed aan fysiek en psychisch herstel, klachten en verschijnselen, leefstijlfactoren en sociale steun.

Tijdens het lichamelijk onderzoek worden op indicatie pols, temperatuur, fundushoogte en bloeddruk bepaald. Daarnaast wordt zo nodig het perineum geïnspecteerd en is er aandacht voor defecatie, mictie en bloedverlies.

In de periode na de bevalling krijgt de kraamvrouw voorlichting en counseling over een groot aantal onderwerpen. Zowel de verloskundig zorgverlener als de kraamverzorgende hebben hierbij een taak. Aan de orde komen onder andere beladvies, voeding pasgeborene (zowel borst als kunstvoeding), het gebruik van vitamine K en D, contact met en gedrag van de pasgeborene (hullen, slapen, tegengaan voorkeurshouding), hygiëne, leefstijl en veiligheid, anticonceptie, aangifte gemeente, jeugdgezondheidszorg, verzekeringen.

In de eerste dagen na de bevalling wordt de huisarts van de kraamvrouw door de coördinerend zorgverlener van de bevalling op de hoogte gesteld. Veel vrouwen stellen een kraambezoek van de eigen huisarts, die niet de begeleiding in de kraamperiode op zich heeft genomen, op prijs. Telefonisch contact kan een alternatief zijn. Een dergelijk kraambezoek heeft primair een sociale functie, maar het kan ook een signalerende c.q. consulterende functie hebben bij gezinnen waarin sprake is van geweldsituaties, alcoholmisbruik of verslaving en psychiatrische aandoeningen.⁸³

6.1.3 Nacontrole

Ongeveer zes weken na de bevalling krijgt iedere kraamvrouw een nacontrole aangeboden. De nacontrole wordt verricht door de coördinerend zorgverlener of, als de zwangere dat wil, door degene die de zwangerschap en/of de bevalling heeft begeleid. Indien dit twee (of meer) verschillende zorgverleners waren, heeft de kraamvrouw de keuze met wie zij de afspraak maakt. Als het niet mogelijk is om met de zorgverlener van keuze een afspraak te hebben, kent degene die de nacontrole verricht de vrouw wel en is zij of hij in ieder geval goed op de hoogte van wat er precies tijdens de bevalling is gebeurd. Bij de nacontrole komen de volgende punten aan de orde:

- beleving en ervaringen (incl. evaluatie van de zorgverlening);
- eventueel opgetreden complicaties (ook van belang bij een volgende zwangerschap);

⁸¹ Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y; Kernboek Praktische Verloskunde. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten 2014.

⁸² Er wordt momenteel gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn 'Zorg in de postnatale periode' (o.a. KNOV, NVOG, kenniscentrum kraamzorg, JGZ, NVK) Hierin wordt de frequentie en inhoud van kraambezoeken nader uitgewerkt. Ook de organisatie van zorg, afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en overdracht van zorg is onderdeel van deze richtlijn.

⁸³ NHG Standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'

- voeding pasgeborene;
- klachten en verschijnselen;
- fysiek en psychisch herstel (menstruatie, bekkenbodemp, etc.);
- anticonceptie;
- sociale steun;
- arbeid- en leefstijlfactoren;
- belang pre- c.q. interconceptioneel consult.

Op indicatie wordt er lichamelijk onderzoek gedaan; bloeddruk, involutie van de uterus. Ook wordt zo nodig het perineum geïnspecteerd en wordt een Hb-bepaling gedaan. De vrouw krijgt tenminste informatie (voorlichting en counseling) over arbeid en leefstijl en een toekomstige zwangerschap en bevalling (incl. een preconceptieadvies).

De verloskundig zorgverlener draagt de informatie uit de zwangerschap en kraamperiode digitaal of schriftelijk met toestemming van de vrouw over aan de huisarts (en voor zover relevant aan de JGZ). Naast het partusverslag wordt een samenvatting gegeven van de bijzonderheden uit het verloop van de zwangerschap. Hierbij wordt expliciet aandacht besteed aan die zaken die van invloed kunnen zijn voor een volgende zwangerschap, zoals het herhalingsrisico bij eventuele ongewenste uitkomsten en de noodzaak van een (specialistisch) preconceptieconsult.

Daarnaast worden die zaken genoemd die follow-up van de huisarts behoeven, zoals bijvoorbeeld het vervolgen van de bloeddruk en het eventueel afbouwen van medicijnen na hypertensie gerelateerde problematiek of glucosecontroles na een diabetes gravidarum. Ook informatie aangaande de kwetsbaarheid van een gezin (sociale omstandigheden) zijn van wezenlijk belang.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ KNOV-standaard: 'Prenatale verloskundige begeleiding'
- ✓ KNOV-standpunt: 'Anticonceptie'
- ✓ Landelijk indicatieprotocol kraamzorg
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ NVAB: Richtlijn 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk'
- ✓ RIVM/Centrum Jeugdgezondheid: 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

6.2 Zorg voor de pasgeborene

6.2.1 Observatie

De pasgeborene wordt in de eerste levensweek door de verloskundig zorgverlener frequent geobserveerd. Deze observatie is evenals het eenmalig onderzoek direct na de geboorte van grote betekenis. In de eerste week kunnen congenitale aandoeningen alsnog manifest worden of kunnen er (alsnog) neonatale infecties optreden. De observatie is erop gericht eventuele complicaties tijdig op te sporen. Het onderzoek bestaat uit het observeren en met de kraamvrouw en kraamverzorgende bespreken van zaken als temperatuurregulatie, mictie en defecatie, controle navelstomp, vochtbalans en voedingsgedrag, gewichtseloop, alertheid en gedrag (bijv. veel huilen). Daarnaast is een beoordeling van de kleur (bij daglicht) en de eventuele signalering van hyperbilirubinemie van belang.⁸⁴ Het eerste bezoek door de verloskundig zorgverlener vindt bij voorkeur binnen 24 uur na de bevalling en in aanwezigheid van de kraamverzorgende plaats.

Omdat in veel gevallen in de eerste 8 tot 10 dagen na de geboorte de kraamverzorgende dagelijks aanwezig is (of tot en met 10 dagen na thuiskomst uit het ziekenhuis) heeft ook zij voor de pasgeborene een belangrijke signalerende functie. De kraamverzorgende informeert de verloskundig zorgverlener via het kraamdossier over bovengenoemde zaken. Zo nodig informeert zij de verloskundig zorgverlener persoonlijk of telefonisch over haar observaties. Bij acute situaties neemt zij direct contact op

⁸⁴ Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y; Kernboek Praktische Verloskunde. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten 2014.

met de verloskundige zorgverlener en voert indien nodig acute handelingen uit. De kraamzorg voor de pasgeborene bestaat uit verschillende handelingen die met elkaar 'kraamzorg voor de pasgeborene' vormen:

- medische zorg: controles pasgeborene uitvoeren, zorg voor noodzakelijke hygiëne;
- medisch noodzakelijke zorg signaleren (kritische observatiepunten) en interveniëren na overleg en in opdracht van de verloskundig zorgverlener en in overleg en met toestemming van de ouders;
- risicosignalering en risicomanagement, bijv. signaleren shaken baby syndroom, mogelijke verwaarlozing en mishandeling;
- dossiervoering, risicocommunicatie en overdracht.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ CBO: Multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding (voeding pasgeborene)'
- ✓ JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag'
- ✓ Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- ✓ NVK, KNOV, NVOG: Richtlijn 'Hyperbilirubinemie'
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'

6.2.2 Neonatale screening

Hielprik

De hielprikscreening heeft als doel het vroegtijdig opsporen van een aantal ernstige aandoeningen waarbij interventies kort na de geboorte duidelijke voordelen hebben boven interventies die zonder screening niet of pas in een later stadium kunnen plaatsvinden. Hierdoor kan ernstige schade aan de gezondheid van een kind worden voorkomen of beperkt. In het derde trimester van de zwangerschap krijgt de zwangere informatie over de hielprikscreening van de verloskundig zorgverlener en ontvangt dan tevens de gehoor- en hielprikscreeningsfolder. Deze folder wordt opnieuw uitgereikt door de ambtenaar van de burgerlijke stand bij de aangifte van de geboorte.

Na toestemming van de ouders wordt bij de pasgeborene zo spoedig mogelijk vanaf 96 uur na de geboorte door middel van een hielprik bloed afgenomen. Wanneer niet gelijktijdig de gehoorscreening wordt verricht dan is dit zo spoedig mogelijk vanaf 72 uur na de geboorte. Dit gebeurt meestal door een medewerker van de Jeugdgezondheidszorg, in een kleiner deel van de gevallen door een verloskundig zorgverlener en soms door een daartoe geschoolde kraamverzorgende.⁸⁵ Dit bloed wordt getest op een groot aantal, deels zeldzame aandoeningen. Een afwijkende uitslag bij de screening betekent dat nader onderzocht moet worden of het kind de ziekte daadwerkelijk heeft. Ouders dienen vooraf aan te geven of zij bezwaar hebben tegen het ontvangen van dragerschapsinformatie (sikkelcelanemie) van hun kind. Dit kan gemeld worden bij de uitvoering van de hielprik. Bij een afwijkende screeningsuitslag worden zowel de ouders, de huisarts als de coördinerend zorgverlener door de medisch adviseur van het RIVM op de hoogte gebracht die hen ook van informatie voorziet over de aandoening waarvan mogelijk sprake is. De medisch adviseur verwijst het kind zo spoedig mogelijk naar een gespecialiseerd zorgverlener.

Gehoorscreening

Het neonatale gehoorscreeningsprogramma heeft als doel om kinderen met een permanent gehoorverlies van minimaal 40 dB aan één of beide oren tijdig op te sporen zodat bij de kinderen met een dubbelzijdig gehoorverlies voor de leeftijd van een half jaar gestart kan worden met een passende interventie. Deze screening wordt meestal in de eerste week na de geboorte in combinatie met de hielprik uitgevoerd door een medewerker van de Jeugdgezondheidszorg en soms door een daartoe geschoolde kraamverzorgende.⁸⁶ Een gunstige uitslag bij de gehoorscreening betekent dat er voldoende gehoor is om een normale taal- en spraakontwikkeling mogelijk te maken. Lichte gehoorverliezen (25-40 dB) en auditieve neuropathie worden niet opgespoord. Wanneer de gehoorscreening bij herhaling afwijkend is, wordt de pasgeborene verwezen naar een audiologisch centrum.

⁸⁵ Wanneer de pasgeborene nog in het ziekenhuis verblijft, gebeurt het aldaar.

⁸⁶ Zie 74.

Alle (risico)kinderen die behandeld worden op een NICU worden onder verantwoordelijkheid van de NICU met een andere methode getest, waarbij het wel mogelijk is om auditieve neuropathie op te sporen.

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ RIVM: 'Draaiboek neonatale hielprikscreening', versie 11.0
- ✓ RIVM: 'Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg', versie 5.0

6.3 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) ondersteunt kinderen en hun ouders in het gezond en veilig opgroeien en positief opvoeden, stimuleert om hun talenten zo optimaal mogelijk te ontplooiën zodat zij naar vermogen kunnen participeren in de samenleving.

De kraamverzorgende en de verloskundig zorgverlener dragen de informatie uit de zwangerschap en de kraamperiode over aan de JGZ. Deze kan hierdoor te zijner tijd haar informatie en de adviezen naadloos laten aansluiten op de informatie die vóór, gedurende de zwangerschap en in de kraamperiode is gegeven. Zo ontstaat een doorlopend traject van preventieve integrale zorg voor ouders en hun kinderen. Conform het advies van de Inspectie Gezondheidszorg (juni 2014) zijn ten behoeve van deze overdracht regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgprofessionals in de geboortezorg en andere relevante hulpverleners opgesteld. Om informatie uit de zwangerschap en de kraamperiode aan de JGZ over te dragen, is toestemming van de kraamvrouw nodig.⁸⁷

Zeker wanneer sprake is van een zorgelijke gezinssituatie is een goed overleg tussen kraamverzorgende en verloskundig zorgverlener essentieel. Zo nodig wordt al aanvullende zorg en begeleiding gestart en vindt er vroegtijdig een overdracht naar de JGZ plaats. Tijdige risico-inschatting en goede samenwerking tussen het perinatale netwerk en de jeugdgezondheidszorg biedt kansen op preventie en gelegenheid voor extra ondersteuning en interventiemogelijkheden. Hiermee worden ouders in staat gesteld hun ouderschap zo goed mogelijk in te vullen en hun kinderen zo gezond mogelijk te laten opgroeien. De gegevens over de pasgeborene en de gezinssituatie worden, met toestemming van de kraamvrouw, ook overgedragen aan de huisarts.

Zodra de pasgeborene is ingeschreven bij de Burgerlijke Stand krijgt de jeugdgezondheidszorg automatisch bericht van de geboorte. In de tweede week na de geboorte brengt een jeugdverpleegkundige een huisbezoek. In dit intakegesprek wordt uitgelegd wat de taken van de jeugdgezondheidszorg zijn, wordt ingegaan op specifieke zaken uit de verloskundige- en kraamzorgoverdracht en worden zo nodig adviezen ten aanzien van (borst)voeding gegeven. Ook zal informatie gegeven worden over het inloopsprekuren op het consultatiebureau, over de werkwijze van de jeugdgezondheidszorg en over het Rijksvaccinatieprogramma. Dit programma wordt gecoördineerd door het RIVM. Deelname aan de vaccinatie is niet verplicht. De jeugdgezondheidszorg kan tijdens haar periodieke onderzoeken in de loop van de tijd ook nagaan of er wederom een kinderwens bestaat. Indien dat het geval is wordt gewezen op de mogelijkheid van een preconceptieconsult (zie ook hoofdstuk 3).

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ JGZ: Richtlijn 'Opvoedondersteuning'
- ✓ JGZ: Richtlijn 'Vroeg en/of small voor gestational age (SGA) geboren kinderen'
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ NVAB: Richtlijn 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk'
- ✓ RIVM/Centrum Jeugdgezondheid: 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg'
- ✓ TNO: Checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd'

⁸⁷ Conform de meldcode 'Kinder mishandeling en huiselijk geweld' (KNMG, 2014) is geen toestemming van ouders nodig als het belang van het kind dit noodzakelijk maakt.

6.4 Specifieke aandachtspunten

Na de bevalling en gedurende de eerste weken daarna kan sprake zijn van zaken c.q. omstandigheden die in deze periode extra aandacht behoeven. Naast (het geven van) borstvoeding kan daarbij gedacht worden aan preventie van wiegendood, postnatale depressie en kraambedpsychose, het Shaken Baby Syndroom (SBS), (eerste) signalen van verwaarlozing en mishandeling en Vrouwelijke genitale verminking (VGV). In deze zorgstandaard wordt op deze zaken c.q. omstandigheden niet nader ingegaan. Voor meer informatie wordt verwezen naar de relevante richtlijnen en standaarden.

Relevante richtlijnen en standaarden
<i>Borstvoeding</i>
✓ CBO: Multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding' ⁸⁸
<i>Preventie Wiegendood</i>
✓ JGZ: Richtlijn 'Preventie Wiegendood'
<i>Postnatale depressie en kraambedpsychose</i>
✓ NVOG: Richtlijn SSRI gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie
✓ NVOG: Richtlijn benzodiazepinengebruik in de zwangerschap
✓ Verloskundige indicatielijst
<i>Shaken Baby Syndroom, verwaarlozing en mishandeling</i>
✓ JGZ: Richtlijn 'Secundaire preventie kindermishandeling'
✓ KNMG: 'Meldcode Kindermishandeling en huiselijke geweld'
✓ KNOV: 'Meldcode Kindermishandeling en huiselijke geweld'
✓ LESA 'Kindermishandeling'
✓ NCJ: Multidisciplinaire richtlijn 'Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's'
<i>Vrouwelijke genitale verminking</i>
✓ JGZ: 'Preventie VGV'
✓ KNMG: 'Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)'
✓ KNOV-standpunt: 'Vrouwelijke genitale verminking' (VGV)'
✓ NVOG: Richtlijn 'Vrouwelijke genitale verminking VGV'
✓ RIVM: Standpunt 'Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg'

⁸⁸ De NVK heeft deze richtlijn niet geautoriseerd.

7 Acute zorg

Elke zwangere moet in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week 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 voorkomen. Een dergelijke acute situatie kan zich voordoen tijdens de zwangerschap (bijv. dreigende eclampsie), tijdens de bevalling (bijv. foetale nood), na de bevalling (bijv. levensbedreigend bloedverlies) en tijdens de neonatale periode (bijv. asfyxie). Een en ander vereist een goede organisatie, een adequate samenwerking, afspraken, regie en helderheid over verantwoordelijkheden van zorgverleners op lokaal niveau (ook ambulancezorg). Daarbij gaat het niet alleen om afstemming binnen en tussen de verschillende echelons, maar ook om afstemming binnen bijvoorbeeld een ziekenhuis. Ook daar zijn immers verschillende professionals betrokken bij het verlenen van (acute) zorg rond zwangerschap en geboorte.

In een rapport van de IGZ⁸⁹ zijn veel adviezen ter verbetering van de zorg opgenomen, bijvoorbeeld de organisatie van integrale scenariotrainingen.

De volgende drie condities zijn essentieel om zo gezond en veilig mogelijke acute zorg in alle fasen van de zwangerschap te kunnen garanderen.^{90 91}

Alerte zwangere, alerte zorgverlener

Alhoewel het de taak is van de verloskundig zorgverlener om de zwangere adequaat te informeren, heeft de zwangere zelf een sleutelrol wanneer zich een acute situatie voordoet. Omdat zij door de verloskundig zorgverlener adequaat is geïnformeerd, herkent zij signalen van haar lichaam die aangeven dat er 'iets' aan de hand is en raadpleegt de coördinerend zorgverlener c.q. dienstdoende professional. Met een proactieve, anticiperende houding van zwangere én verloskundig zorgverlener worden in dat geval optredende risico's tijdig herkend en wordt onnodig tijdverlies voorkomen.

24/7 start behandeling binnen aanvaardbare tijd

De kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd, ongeacht het moment van de dag, avond, nacht of weekend. Dit geldt zowel voor zwangeren met een laag risico als met een hoog risico. Daarbij is de spreiding van acute, verloskundige zorg dusdanig dat thuisbevallen in principe in heel Nederland mogelijk is. Door de specifieke geografische omstandigheden op de Waddeneilanden, in Zeeuws-Vlaanderen en op Goeree-Overflakkee kan op dit moment (2015) niet aan deze norm voor acute zorg worden voldaan. Daardoor zijn ook de mogelijkheden voor een thuisbevalling beperkt.

De betrokken verloskundig zorgverleners zijn in staat om snel de noodzakelijke behandeling te kunnen starten. Logischerwijs wordt de verloskundig zorgverlener daarin gefaciliteerd door de organisatie. Over de precieze tijd waarbinnen deze noodzakelijke behandeling gestart dient te worden, bestaat op dit moment geen consensus.⁹² Over de bereikbaarheidsnorm van SEH's van 45 minuten bestaat geen discussie. Deze bereikbaarheidsnorm is als volgt opgebouwd: vanaf de ontvangst van de melding bij de meldkamer heeft een ambulance 15 minuten aanrijtijd om ter plekke te komen. Vervolgens heeft het ambulancepersoneel 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp. Deze norm is ook in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vastgelegd.

Eén telefoontje

Bij een onverwachte spoedsituatie thuis kan tijdverlies optreden door aanrijtijd van verloskundig zorgverlener én ambulance, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar het ziekenhuis en voor het opstarten van de behandeling. Om tijdverlies te voorkomen en snel met de noodzakelijke behandeling te starten, worden in de triage drie scenario's onderscheiden die ieder een verschillende aanpak behoe-

⁸⁹ 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: IGZ, juni 2014

⁹⁰ Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

⁹¹ Zie ook: Ambulancezorg Nederland, 'Landelijk Protocol Ambulancezorg', versie 8 (2014).

⁹² KNMG e.a. Voorstel voor normstelling aanrijtijd hulpverleners.

ven. Voor deze drie scenario's moeten duidelijke afspraken worden vastgelegd over taken en verantwoordelijkheden, binnen het VSV en met de Regionale Ambulance Dienst.⁹³

- De verloskundig zorgverlener beoordeelt de spoedoproep, stelt een niet-acuut risico vast en zorgt dat zij/hij of een collega snel bij de vrouw ter plekke is om de benodigde verloskundige zorg te verlenen.
- De verloskundig zorgverlener beoordeelt de spoedoproep en stelt op basis van deze informatie een niet-acuut risico vast, maar wel een risico met mogelijke betrokkenheid van een ander lid van het interprofessioneel geboortezorgteam. Om nodeloos tijdverlies te vermijden (door aanrijdtijd zorgverlener, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar ziekenhuis) beslist de verloskundig zorgverlener in overleg met de zwangere wat de beste plaats is om de vrouw te controleren. Dit kan bij de zwangere thuis, in de verloskundige praktijk, in het geboortecentrum of het ziekenhuis zijn. In het laatste geval zal het ziekenhuis de verloskundig zorgverlener hierin faciliteren.
- De verloskundig zorgverlener beoordeelt de spoedoproep en stelt een levensbedreigend risico vast. Zij/hij voorziet de noodzaak tot een mogelijke spoedingreep door een gespecialiseerde zorgverlener. Om tijdverlies te vermijden, schakelt de verloskundig zorgverlener direct de ambulance in. Tevens informeert zij/hij het dichtstbijzijnde ziekenhuis (de gespecialiseerde zorgverlener) dat de vrouw voor een acute situatie naar het ziekenhuis komt (AD >32 weken). Deze gespecialiseerde zorgverlener zorgt er direct na de 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 verloskundig zorgverlener zorgt er voor ook zelf snel in het ziekenhuis te zijn om de overdracht (verder) te faciliteren. Deze actie wordt ook wel parallelle actie genoemd.

Bij een dreigende premature partus (AD < 32 weken) valt te overwegen direct naar een perinataal centrum te rijden wanneer de aanrijdtijd minder dan 30 minuten is. Alternatief is in de parallelle actie naast het dichtstbijzijnde ziekenhuis ook het NICU-transportteam op te starten zodat zij kunnen helpen bij de opvang in het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Het onderlinge vertrouwen tussen de zorgverleners in het VSV moet dusdanig groot zijn, dat bij telefonisch contact over een spoedingreep vanwege een levensbedreigende situatie voor de zwangere en/of haar kind de ingeroepen verloskundig zorgprofessional per direct en parallel de noodzakelijke vervolgstappen regelt. De ter zake kundige zorgverleners 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 verloskundig zorgverlener, 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. Daarbij kunnen ziekenhuizen geen 'vol' verkopen. Voor spoedopnames moet altijd plaats zijn. Organisaties zijn dusdanig flexibel dat bij drukte extra ondersteunend personeel en zorgverleners wordt opgeroepen.

De zorgverleners opererend binnen het VSV hebben of ontwikkelen eenduidige en erkende afspraken (een protocol 'parallelle actie'), waarin is vastgelegd dat en hoe na elke actie een debriefing plaats vindt.

⁹³ Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. December 2009.

8 Generieke modules

In generieke modules staat zorg beschreven die op meer dan één ziekte of gezondheidssituatie van toepassing is. De volgende generieke zorgmodules kunnen bij het leveren van zorg conform de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* geheel of gedeeltelijk gebruikt worden:

- stoppen met roken (tabaksverslaving);
- voeding;
- bewegen;
- zelfmanagement:

Bij gereedkomen van nieuwe, relevante modules worden deze toegevoegd.

8.1 Stoppen met roken (tabaksverslaving)

Doel van de Zorgmodule 'Stoppen met Roken' is goede zorg bij stoppen met roken. De Zorgmodule geeft duidelijkheid over de inhoud en organisatie van een stoppen-met-roken-behandeling. De generieke zorgmodule 'Stoppen met Roken' is beschikbaar op <http://www.partnershipstopmetroken.nl>.

8.2 Voeding

De zorgmodule 'Voeding' beschrijft de norm waaraan voedingszorg moet voldoen. Het is een module die kan worden opgenomen in alle zorgstandaarden, waarin het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag een onderdeel van de behandeling of de begeleiding vormt. De generieke zorgmodule 'Voeding' is beschikbaar op www.nvdietist.nl.

8.3 Bewegen

De zorgmodule 'Bewegen' beschrijft de norm waaraan kwalitatief goede beweegzorg moet voldoen. Op dit moment is een concept-zorgmodule 'Bewegen' gereed. Deze is ontwikkeld door Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. Naar verwachting komt deze generieke zorgmodule in de loop van 2015 beschikbaar.

8.4 Zelfmanagement

De zorgmodule 'Zelfmanagement' beschrijft de norm waaraan zelfmanagement zou moeten voldoen. Hoewel deze module primair geschreven is voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen zijn de gehanteerde principes voor een belangrijk deel ook van toepassing op zwangere vrouwen. Zie verder: <http://www.zelfmanagement.com/zorgverleners/tools-voor-de-zorgverlener/>

9 De samenwerkingsstructuur

De samenwerkingsstructuur die in dit hoofdstuk wordt beschreven, beoogt een kwalitatief goede, integrale geboortezorg voor zwangeren te faciliteren. Achtereenvolgens komen aan de orde het Individueel geboortezorgplan, de coördinerend zorgverlener, het interprofessioneel geboortezorgteam, het Verloskundig Samenwerkingsverband en het Perinataal Webbased Dossier. Hierna worden nog enkele andere aspecten van de integrale geboortezorg besproken; toegankelijkheid, keuzevrijheid en privacy, alsmede het kwaliteitsbeleid.

9.1 Beschrijving van de samenwerking in de Integrale geboortezorg

9.1.1 Individueel geboortezorgplan

Om zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming te operationaliseren, stellen de zwangere en de coördinerend zorgverlener, volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming, samen een Individueel geboortezorgplan op. Een eerste versie van dit plan is uiterlijk in de 16^e week van de zwangerschap voor zowel de zwangere als de betrokken zorgverlener(s) digitaal beschikbaar.⁹⁴ Als de zwangere onvoldoende toegang heeft tot deze digitale versie wordt het plan schriftelijk aan de zwangere meegegeven. De functie van het Individueel geboortezorgplan is:

- Bieden van een handvat voor zelfregie en zelfmanagement van de zwangere vrouw (benadrukken van de actieve rol van de zwangeren in momenten van besluitvorming).
- Inventariseren, bespreken en indien nodig verhelderen van de wensen, behoeften, verwachtingen van de zwangere.
- Inzicht geven in de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners.
- Ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming.
- Noteren van gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de zwangere. De coördinerend zorgverlener neemt de verantwoordelijkheid om zich in te zetten om binnen het interprofessioneel geboortezorgteam voldoende draagvlak te creëren om de gemaakte afspraken met de zwangere na te komen.

In het plan worden alle aspecten vastgelegd die in de begeleiding en zorg voor een aanstaande moeder van belang zijn. Zo kan de zwangere zelf meekijken wanneer er controles zijn en wanneer er onderzoeken gaan plaatsvinden. Rekening houdend met de persoonlijke voorkeuren van de zwangere sluit het plan aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft het alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap. De verschillende zorgverleners die bij de zorg voor de zwangere betrokken zijn, worden in dit plan zoveel als mogelijk bij naam genoemd en de verdeling van hun verantwoordelijkheden wordt beschreven. Indien geconstateerde risico's (mede) het gevolg zijn van reeds bestaande aandoeningen, bespreekt de coördinerend zorgverlener hoe behandelkeuzes voor bestaande aandoeningen (buiten de geboortezorg) en behandelkeuzes binnen de geboortezorg met elkaar in overeenstemming kunnen worden gebracht.

Het Individueel geboortezorgplan helpt de zwangere inzicht te krijgen in het proces van zwangerschap, geboorte en kraamperiode en draagt bij aan de versterking van het eigen bewustzijn en vertrouwen in eigen kunnen. Het kan de zwangere zo nodig ondersteunen in een gezonde leefstijl en stimuleert tot het nemen van regie tijdens haar eigen zwangerschap. Een en ander draagt bij aan een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

Het is daarom vanzelfsprekend dat de zwangere zelf en haar naasten direct betrokken zijn bij het opstellen van het plan. Dit garandeert dat het plan is aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze, woonsituatie, sociaal-economische status, taalniveau, culturele achtergrond, etc. Als de zwangere niet of moeilijk in staat is of niet wenst bij te dragen aan de opstelling van het Individueel geboortezorgplan zal extra ondersteuning en begeleiding door de zorgverlener(s) ingezet worden.

In het Individueel geboortezorgplan wordt, indien gewenst, ook aandacht besteed aan de partner of andere relevante naaste(n). Zo kan het eigen netwerk, indien nodig, de zwangere ondersteunen bij

⁹⁴ Idealiter wordt het Individueel geboortezorgplan al voor de conceptie opgesteld.

het zelfstandig en adequaat omgaan met het zwangerschapsproces en de bevalling. Aandacht en zorg voor de zwangere gaat dus hand in hand met de aandacht voor partner, gezin, etc.

Het plan is eigendom van de zwangere en zij heeft te allen tijde inzage in het plan. In samenspraak met haar coördinerend zorgverlener, kan het plan door de zwangere worden bijgesteld. Het Individueel geboortezorgplan zal in de toekomst deel uitmaken van een (digitaal) dossier dat toegankelijk is voor zowel de zwangere als de zorgverleners (zie ook paragraaf 9.1.5). Op dit moment zijn verschillende modellen voor een Individueel geboortezorgplan beschikbaar, maar deze voldoen (nog) niet altijd aan de wensen van zwangeren en/of zorgverleners. Het CPZ zal het initiatief nemen om samen met zorgverleners en cliëntenorganisaties een werkzaam en gedragen model te ontwikkelen.

9.1.2 Coördinerend zorgverlener

Binnen integrale geboortezorg heeft de zwangere c.q. kraamvrouw een vast aanspreekpunt. Het moet voor haar altijd volstrekt helder zijn wie zij op welk moment en op welke wijze kan aanspreken voor het gehele verloop van de zwangerschap, de bevalling en kraamperiode. Aan elke zwangere wordt daarom één zorgverlener gekoppeld die het beste past bij het (de) gekozen zorgpad(en). In de meeste gevallen vervult de verloskundige die de intake heeft gedaan, automatisch de rol van coördinerend zorgverlener, maar het kan ook de verloskundig actieve huisarts, de klinisch verloskundige, de physici-an assistant klinisch verloskundige of de gynaecoloog zijn. Deze professional; *de coördinerend zorgverlener*⁹⁵, is vanaf de intake, het eerste consult tot na de bevalling primair verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts.

Onder omstandigheden kan een zorgverlener al in de preconceptiefase, voordat sprake is van een daadwerkelijke zwangerschap, de rol van coördinerend zorgverlener op zich nemen. Het gaat daarbij met name om vrouwen met een complexe chronische aandoening waarbij in de preconceptiefase al overleg met verschillende zorgverleners dient plaats te vinden.

De coördinerend zorgverlener heeft primair de taak om ten behoeve van de zwangere de professionele zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot maximaal zes weken na de bevalling voor de moeder en tot en met de tiende dag na de bevalling voor de pasgeborene. Praktisch gezien betekent dit:

- Het fungeren als aanspreekpunt voor de zwangere.
- Het informeren van de zwangere over haar rechten, het ondersteunen van de eigen rol van de zwangere tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode en het haar wegwijs maken in het systeem van integrale geboortezorg, zodat zij zo veel mogelijk zelfregie kan uitoefenen.
- Het er op een proactieve wijze toezien dat geïntegreerde geboortezorg, zoals beschreven in de voorliggende zorgstandaard, wordt geleverd volgens het opgestelde Individueel geboortezorgplan.
- Het afstemmen met andere zorgverleners van de vrouw wanneer zij een bepaalde (chronische) aandoening heeft opdat de zorgverlening binnen en buiten de geboortezorg op elkaar aangesloten wordt.
- Het wanneer noodzakelijk met toestemming van de vrouw overdragen van alle relevante gegevens aan andere zorgverleners.

De coördinerend zorgverlener kan (zorg)vragen van de zwangere of (eventuele) partner beantwoorden, haar uitleg geven en meehelpen oplossingen te vinden als dat nodig is. De coördinerend zorgverlener is er om de belangen van de moeder te behartigen en heeft ook inzicht in de sociale omstandigheden waarbinnen de zwangere leeft en waarin het kind terecht komt. Belangrijk is dat de coördinerend zorgverlener een vertrouwensband opbouwt met de zwangere zodat deze zich

⁹⁵ Er is voor het begrip 'coördinerend zorgverlener' gekozen en bijvoorbeeld niet voor het begrip 'casemanager' om te benadrukken dat de coördinerend zorgverlener geen nieuwe, aparte functionaris is die zich voegt bij het vaak al omvangrijke netwerk van professionele zorgverleners. Zij/hij neemt ook geen verantwoordelijkheden van andere zorgverleners of van de zwangere zelf over. Zij/hij stimuleert juist tot zoveel mogelijk zelfregie en -management.

veilig voelt. Te allen tijde is het voor de zwangere mogelijk een andere coördinerend zorgverlener te kiezen.

Uiteraard moet duidelijk zijn hoe de zwangere de coördinerend zorgverlener (incl. achterwacht) kan bereiken. Een en ander wordt in het Individueel geboortezorgplan vermeld.

De coördinerend zorgverlener is in deze rol niet verantwoordelijk voor de aansturing van andere zorgverleners (huisartsen, (klinisch) verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, etc.) en hoeft ook niet altijd primair verantwoordelijk voor de zorg c.q. behandeling van een zwangere te zijn. Onder omstandigheden kan een andere zorgverlener medisch eindverantwoordelijk zijn.

Als sprake is van zorgverlening waarbij meerdere zorgverleners, actief dan wel als consulent, zijn betrokken (het interprofessioneel geboortezorgteam) wordt vanaf het begin expliciet met de zwangere besproken wie als coördinerend zorgverlener fungeert. Welke zorgverlener dit is, hangt af van de noodzakelijke geachte zorg. In principe gaat het dus niet om de discipline van de betrokkene. De coördinerend zorgverlener biedt deze ondersteuning zelf op het niveau van haar/zijn bekwaamheid en bespreekt de zwangere, met haar toestemming, zo nodig met andere zorgverleners.

Er kunnen redenen zijn om van coördinerend zorgverlener te veranderen, bijvoorbeeld bij ernstige complicaties tijdens de zwangerschap. Wanneer de zwangere in een niet-acute situatie wordt overgedragen aan een zorgverlener in een andere setting, of vice versa, vergt dit de toestemming van de zwangere en is de coördinerend zorgverlener verantwoordelijk voor de overdracht. Hiertoe behoort ook het informeren van de zwangere over wie deze rol overneemt. Deze verantwoordelijkheid geldt tot het moment dat de overdracht daadwerkelijk is gerealiseerd. Het gaat hierbij primair om overdrachtssituaties in de reguliere, geplande zorg. Een dergelijke verandering dient expliciet te gebeuren en gaat gepaard met een zorgvuldige overdracht van taken.

9.1.3 Verloskundig Samenwerkingsverband

Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) is een regionaal besluitvormend netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorg professionals gezamenlijk het (kwaliteits)beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen (multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking). Binnen het VSV wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid vorm gegeven, door organisatie van:

- Een regionale adviesraad van zwangeren/(jonge) ouders
- Een regionaal beleid rondom de risico-inschatting medisch en psychosociaal
- Een regionaal beleid met betrekking tot omgaan met klachten
- Een regionaal beleid met betrekking tot omgaan met calamiteiten en incidenten
- Een regionaal beleid en cliëntenvoorlichting over pijnbestrijding welke in samenspraak met de regionale anesthesisten wordt gemaakt.
- Een regionaal beleid voor zorg aan kwetsbare zwangeren.
- Een minimaal maandelijks Multidisciplinair overleg (MDO)
- Een minimaal jaarlijkse bespreking tussen de regionale geboortezorg partijen, van de regionale jaarcijfers omtrent de kwaliteit van geboortezorg, inclusief de kraamzorgdata (obv Perined, cliëntervaring en kwaliteitsindicatoren kraamzorg); benchmarking van die regionale cijfers ten opzichte van landelijke en andere regionale cijfers, gezamenlijke analyse daarvan en indien daar aanleiding toe bestaat een aanpassingen van de regionale afspraken
- Deelname aan de Perinatale Audit
- Het opleveren van een gezamenlijk kwaliteit jaarverslag. waarin de eerder beschreven analyse, benchmarking en beleidsaanpassingen staan beschreven.
- Het aanbieden en bespreken van de uitkomsten van het gezamenlijk kwaliteit jaarverslag en beleidsplannen met de regionale adviesraad van zwangeren/(jonge) ouders

9.1.4 Interprofessioneel geboortezorgteam als onderdeel van het VSV

Het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam:

- Een regionaal interprofessioneel geboortezorgteam bestaat uit een vertegenwoordiging van alle bij de geboortezorg in een regio betrokken zorgverleners.
- Het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam is op regionaal niveau gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitwerking van de verantwoordelijkheden van het VSV met betrekking tot de zorg rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode (incl. interconceptiezorg). Daarbij worden regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders betrokken.
- Het VSV waarbinnen het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam opereert neemt in haar beleid op hoe ze voor alle zwangeren een adequate risico-inschatting, met voldoende aandacht voor medische, psychosociale, zorg- en leefstijlgerelateerde risico's laat plaatsvinden. Primaire input voor dit beleid wordt gehaald uit de VIL⁹⁶.
- Voor het afstemmen van zorgpaden op basis van de risico-inschatting organiseert het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam als onderdeel van het VSV multidisciplinaire overleggen (MDO). Bespreking van de zwangere in het MDO vindt plaats als een van de betrokken zorgverleners daar vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid op obstetrische, medisch, psychosociale gronden aanleiding toe ziet. Bespreking van de zwangere in het MDO vergt haar toestemming.⁹⁷

Het individueel interprofessioneel geboortezorgteam:

- Een individueel interprofessioneel geboortezorgteam bestaat uit de zorgverleners⁹⁸ die bij de zorg voor een individuele zwangere betrokken zijn. De samenstelling van dat team vindt plaats conform regionale afspraken en zorgpaden.
- Zorgverleners uit het individueel interprofessioneel geboortezorgteam bieden op individueel niveau consult en ondersteuning aan de coördinerend zorgverlener. Wie in dat geval in het team worden opgenomen en de wijze waarop zij samenwerken wordt, mede op basis van de wensen van de zwangere (gezamenlijke besluitvorming), per situatie bepaald en hangt af van het regionale beleid.⁹⁹

Met de instelling van een interprofessioneel geboortezorgteam wordt multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking bevorderd, hetgeen bijdraagt aan een tijdige, adequate en zo nodig gezamenlijke risico-inschatting voor de betreffende zwangere. De coördinerend zorgverlener kan te allen tijde terugvallen op en wordt (zo nodig) ondersteund door het individuele interprofessioneel geboortezorgteam. Hiermee wordt binnen de regio gewerkt aan de opbouw van wederzijds vertrouwen tussen zorgverleners en aan het voorkomen van zorgverleners-delay.

Bij samenwerking binnen een interprofessioneel geboortezorgteam kunnen zich vragen voordoen rond de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de zwangere. Hierop wordt in het kader van deze zorgstandaard niet nader ingegaan.¹⁰⁰ Expliciet wordt hiervoor verwezen naar de Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van maart 2016. Deze handreiking is opgesteld in opdracht van het CPZ.

De onderlinge samenwerking tussen zorgverleners wordt bij voorkeur ondersteund door middel van het Perinataal Webbased Dossier (PWD). Het Individueel geboortezorgplan en de combinatie van zorgpaden vormt de basis voor de vastlegging van de gegevens. Zowel de (aanstaande) zwangere als de coördinerend zorgverlener en zo nodig eventuele andere leden van het interprofessioneel geboortezorgteam hebben, met toestemming van de zwangere, toegang tot de benodigde gegevens. Op basis van wettelijke eisen (zoals o.a. de Kwaliteitswet Zorginstellingen) en landelijk vastgestelde definities worden voor de, conform de zorgstandaard te leveren, zorg kwaliteitsindicatoren opgesteld

⁹⁶ In de toekomst zal de VIL door de betrokken beroepsgroepen stapsgewijs worden omgevormd naar een stelsel van zo mogelijk multidisciplinaire richtlijnen die zullen dienen als basis voor de zorgpaden op lokaal niveau.

⁹⁷ Deze afspraken kunnen door het CPZ geïnventariseerd worden. Indien aanpassingen nodig zijn zal het CPZ hiertoe adviseren. De IGZ fungeert daarbij als toezichthouder.

⁹⁸ De verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen, kinderartsen, neonatologen, obstetrie & gynaecologie (O&G) verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Deze professionals maken deel uit van de kern van het regionaal Interprofessioneel geboortezorgteam.

⁹⁹ Zie ook paragraaf 2.2. Over de mogelijke samenstelling en werkwijze van een Interprofessioneel geboortezorgteam zullen op instigatie van het CPZ nog nadere afspraken gemaakt worden.

¹⁰⁰ Op dit moment wordt de juridische vraag over de verantwoordelijkheden in geval van integrale zorg nog verder uitgezocht.

en gemonitord. Zie ook hoofdstuk 10. De meetresultaten worden regelmatig binnen het VSV besproken. Indien nodig wordt op grond hiervan de organisatie en of het beleid aangepast. Voor transparantie en kwaliteitsbewaking zijn gegevensvastlegging en –gebruik (registratie, spiegelinformatie en audit) essentiële onderdelen van integrale geboortezorg. Deelname van zorgverleners aan de perinatale audits en de perinatale registratie van Perined is derhalve verplicht en interdisciplinaire teamtraining vormt een vaste activiteit van de zorgverleners binnen het interprofessioneel geboortezorgteam.

9.1.5 Perinataal Webbased Dossier

Het Perinataal Webbased Dossier (PWD) is een belangrijk middel om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de perinatale zorg te verbeteren. Het PWD is een initiatief van de KNOV, NVOG en wordt samen met Nictiz uitgevoerd. Bij het PWD zijn ook Perined, RIVM, NVK, BO Geboortezorg en cliëntvertegenwoordigers betrokken.

Het PWD dient op termijn twee doelen. Enerzijds verschaft het aan zorgprofessionals een instrument voor onderlinge gegevensuitwisseling. Anderzijds biedt het aan de zwangere inzicht over het verloop van haar zwangerschap en interventies die zijn genomen of zijn gepland door koppeling aan het Individueel geboortezorgplan.

Omdat het onmogelijk is een compleet geboortezorgdossier in een keer volgens het PWD op te bouwen, is voor een stapsgewijze opbouw gekozen. Hierbij wordt er per jaar een nieuw deel aan de PWD-dataset toegevoegd.

In de eerste fase is gewerkt aan het tot stand brengen van het eerste elektronisch berichtenverkeer naar de landelijke databases van Perined en RIVM. Deze stap was nodig om eenheid van taal in te voeren. De leveranciers van ICT-systemen en zorgverleners hebben ervoor gezorgd dat landelijk uniforme gegevens zo in de ICT-systemen vastgelegd kunnen worden dat ze uitgewisseld kunnen worden. De uitwisseling van gegevens werd in deze fase niet beperkt tot basale cliëntgegevens. De focus lag juist op zorginhoudelijke en medische informatie die van cruciaal belang is in en rondom (acute) overdrachtssituaties.

Medio 2014 hebben betrokken partijen een nieuwe ICT-standaard voor een betere digitale gegevensoverdracht en –uitwisseling tussen verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen opgeleverd. Bij navolging van de PWD standaard kan de informatie-uitwisseling bij (acute) overdrachtsmomenten snel, betrouwbaar en locatie onafhankelijk plaatsvinden, omdat de zorgverleners niet apart (en handmatig) gegevens hoeven door te geven. Medische gegevens als bloeddruk en bloedverlies, maar ook praktische zaken als de telefoonnummers van de zorgverleners zijn in acute overdrachtssituaties direct beschikbaar. De PWD standaard is ook de basis voor de berichten aan het RIVM-CvB en Perined.

Op termijn zullen huisartsen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg ook deelnemen aan de PWD standaard. De zwangere zal zelf ook online inzicht krijgen in het verloop van haar zwangerschap.

9.2 Overige aspecten Integrale geboortezorg

9.2.1 Toegankelijkheid

Voor elke zwangere in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische¹⁰¹), betaalbare en toegankelijke geboortezorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de zwangere toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners 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 praktijken en coöperaties, verloskundig actieve huisartsen en kraamzorginstellingen. Voor (medisch) specialistische zorg bestaat het netwerk uit de algemene en academische ziekenhuizen (inclusief de buitenpoli's).

¹⁰¹ WHO statement: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-programs/en.

In acute situaties moet de zwangere kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van alle zorg rond zwangerschap en geboorte. De spreiding van acute verloskundige zorg is zodanig dat thuis bevallen in heel Nederland mogelijk blijft.¹⁰²

Wanneer zich een acute situatie voordoet, betekent dit dat alle zorgverleners snel een behandeling kunnen starten. Zie ook hoofdstuk 7. Dit geldt ook voor kinderartsen, anesthesiologen en het OK-team, maar ook voor de beschikbaarheid van de operatiekamer.

Ruimtelijke voorzieningen

Voor de algemeen verloskundige en 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 ruimtelijke voorzieningen zijn gemakkelijk te bereiken met de auto, fiets of het openbaar vervoer en de openingstijden zijn berekend op de doelgroep. De verloskundig zorgverlener is ook benaderbaar via digitale communicatiemiddelen.

De ziekenhuizen houden zich daarnaast 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. Aan de zwangere wordt informatie verstrekt over hoe groot de kans is om ten tijde van de bevalling niet in het eerste ziekenhuis van voorkeur te kunnen bevallen.

De omgeving waarin in geboortecentra en ziekenhuizen de bevalling (en eventueel de kraamperiode tijd) plaatsvindt, heeft de mogelijkheid tot eenpersoonskamer, met overnachtingsmogelijkheid voor de partner (en eventuele kinderen), pijnverlichting en -behandelingsmiddelen, voorzieningen voor verschillende baringshoudingen, babybadje, aankleedtafel en kan binnen redelijke grenzen aangepast of ingericht worden naar de eigen wensen en gewoonten van de zwangere. De inrichting draagt bij aan het gevoel van veiligheid en het faciliteren van de wensen van de cliënt.

Faciliteiten

De professionals voor algemeen medische zorg beschikken over de faciliteiten zoals beschreven in de richtlijnen van de beroepsgroepen en instellingen. Iedere verloskundigenpraktijk moet toegang hebben tot de mogelijkheid om echo's te laten uitvoeren 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 middelen, 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, inclusief afspraken over spoedverwijzing van zieke pasgeborenen naar een perinataal centrum met NICU (baby lance of helicoptertransport). Daarnaast algemene bewakingsapparatuur met de mogelijkheid voor pijnbehandeling waarbij adequate bewaking van moeder en kind gegarandeerd is.

9.2.2 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een cliënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een medische behandeling. Onder 'behandeling' worden alle medische verrichtingen verstaan die de zorgverlener uitvoert, inclusief onderzoek en nazorg. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de zwangere vrouw goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de vrouw eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent

¹⁰² Door de specifieke geografische omstandigheden op de Waddeneilanden, in Zeeuws-Vlaanderen en op Goeree-Overflakkee kan op dit moment (2015) niet aan deze norm voor acute zorg worden voldaan. Daardoor zijn ook de mogelijkheden voor een thuisbevalling beperkt.

is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de zwangere is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de vrouw op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de vrouw hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.

Keuzemogelijkheden

Integrale geboortezorg is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent wordt recht gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een zwangere keuzemogelijkheden heeft en houdt om haar belang en dat van haar (ongeboren) kind te behartigen. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De zwangere blijft in de gelegenheid zelf een verloskundig zorgverlener en bijvoorbeeld een bevallingslocatie of een kraamorganisatie te kiezen. Daarbij dient zij zich te realiseren dat de wijze waarop zij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor haar keuzes.

Om als zwangere zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorginstellingen en de geboortezorg als geheel echter een vereiste. Alle verloskundig zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener 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).

Zorgvraag afwijkend van richtlijnen en standaarden

De zorgvraag en de wensen van de (aanstaande) moeder vormen het uitgangspunt voor de begeleiding van de vrouw tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode. De *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* is daarbij de leidraad voor de betrokken zorgverleners. Zij horen de zwangere zoveel mogelijk te ondersteunen in de door haar gemaakte keuzes en hebben de verantwoordelijkheid de zwangere zo goed mogelijk te informeren over de risico's en eventuele gevolgen van haar beslissingen, toegespitst op de unieke situatie en wensen van deze vrouw. De bestaande richtlijnen en standaarden vormen te allen tijde het uitgangspunt voor het gesprek met de zwangere.

Bij wensen die afwijken van richtlijnen en standaarden vindt overleg plaats tussen de betrokken zorgverleners en de zwangere hoe zo goed mogelijk aan deze wensen tegemoet gekomen kan worden. Uiteindelijk beslist de zwangere zelf (keuzevrijheid). Er wordt gezocht naar een acceptabele oplossing voor de zwangere en de zorgverlener. De zorgverlener biedt de zwangere alternatieven aan. Het doel is consensus te vinden zonder te oordelen. De zorgverlener geeft uitleg aan de zwangere als zij of hij van mening is dat het toch gewenst is om van de keuzes van de zwangere af te wijken. De zorgverlener is verantwoordelijk voor een zorgvuldige procedure en correcte wijze van handelen, niet voor de uiteindelijke uitkomst. Als de vrouw hiermee, ondanks uitleg, niet kan instemmen, kan zij verzoeken om doorverwijzing naar een andere zorgverlener. De zorgverlener honoreert een dergelijk verzoek tot doorverwijzing en faciliteert een naadloze overgang tussen zorgverleners.

Als ouders een zorgvraag houden die afwijkt van de richtlijnen en standaarden, informeert de zorgverlener de zwangere vrouw over de aanbevolen zorg. Vervolgens counselt de zorgverlener de zwangere over haar afwijkende zorgvraag en, wanneer zinvol, legt de zorgverlener de zwangere vrouw uit dat de afwijkende zorgvraag met haar toestemming in het interprofessioneel geboortezorgteam zal worden besproken om binnen dit netwerk een oplossing te zoeken. Het gaat hierbij niet om toestemming van de netwerkpartners, maar om een oplossing op maat, binnen het netwerk.

De zorgverlener houdt rekening met de privacy van de zwangere vrouw. Zonder toestemming kan de afwijkende zorgvraag alleen anoniem worden besproken. De zorgverlener stelt de zwangere vrouw op

de hoogte van de uitkomst van het overleg en legt deze processtappen, inclusief de reactie van de zwangere, vast in het dossier.

De zorgverlener gaat voor zichzelf na of zij of hij bekwaam en bevoegd is om de zorg te verlenen. Wanneer dit niet het geval is dan overweegt de zorgverlener om de geneeskundige behandelingsovereenkomst over te dragen aan een andere zorgverlener. De zorgverlener gaat na of er binnen een redelijke termijn een alternatief is voor de zorgvraag van de zwangere. De zorgverlener adviseert de zwangere vrouw ook actief mee te zoeken naar een zorgverlener die de gevraagde zorg wel wil en kan geven. In tussenliggende periode blijft de zorgverlener de noodzakelijke zorg verlenen. In acute situaties is er altijd een zorgplicht, ook zonder een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De zorgverlener is in een acute situatie, ook als die door de zwangere zelf is gecreëerd, gehouden de zwangere bij de bevalling zo goed als mogelijk bij te staan en te handelen naar wat er binnen het vermogen van de zorgverlener ligt.¹⁰³

Positie en rechten kind

Hoewel er een toenemende discussie is over de vraag of aan het ongeboren kind vanaf 24 weken eigen rechten zouden moeten worden toegekend, heeft het ongeboren kind geen wettelijke rechten. De zwangere vrouw en aanstaande moeder behartigt zelf de belangen van haar ongeboren kind. Vanaf het moment dat het kind geboren is, heeft het ongeacht zijn leeftijd wel wettelijke rechten. Dit worden burgerlijke rechten genoemd. Deze rechten brengen met zich mee dat onder omstandigheden een arts de behandeling van een pasgeborene tegen de wil van de ouders mag nalaten of staken of dat een arts juist kan besluiten de behandeling tegen de wil van de ouders voort te zetten. De grenzen aan de behandeling en niet-behandeling van een pasgeborene zijn onder meer gebaseerd op de artikelen 2 en 3 van het EVRM.¹⁰⁴

9.2.3 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van zwangeren op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben geheimhoudingsplicht (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de zwangere vereist. De zwangere heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.¹⁰⁵

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de zwangere door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

9.3 Kwaliteitsbeleid

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'.

Het beleid van een organisatie of netwerk voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit van de geboortezorg, omvat onder meer het leveren van verantwoorde zorg, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het organiseren van medezeggenschap. Kwaliteitsbevordering en -bewaking vereist een methodische aanpak die structureel in de zorgorganisatie en -cultuur is ingebed. Dit wordt getoetst door de beroepsverenigingen en toezicht wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het kwaliteitsbeleid is gericht op continu verbeteren van prestaties vanuit het perspectief van zowel de zorgverlener (op het niveau van de gehele populatie) als van de zwangere zelf (kwaliteitsperceptie op individueel niveau). De kwaliteitsnorm voor de zorgverlener zal doorgaans tot stand komen op basis

¹⁰³ KNOV en NVOG: 'Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen', versie 1.0. Juli 2015.

¹⁰⁴ Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).

¹⁰⁵ Voor een overzicht en nadere uitwerking van de privacyregels, zie het 'PWD-privacyraamwerk', onderdeel van de 'PWD-informatiestandaard'.

van statistische gemiddelden. De kwaliteitsnorm voor de zwangere is individueel van aard (gevolg van individuele keuzes) en heeft te maken met gepercipieerde kwaliteit (verwachting versus ervaring). De norm voor kwaliteitsperceptie zal dientengevolge in samenspraak met, of liever nog, door de zwangere zelf (of cliëntenorganisaties) worden vastgesteld.

Uiteindelijk moet dit alles leiden tot optimale uitkomsten van integrale geboortezorg. Voor de uitvoering van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. De basis hiervoor is het continu en eenduidig vastleggen van gegevens in de perinatale registratie en het mede aan de hand hiervan meten van resultaten van zorg en dienstverlening met behulp van indicatoren alsmede het bespreken van potentieel suboptimale factoren in perinatale audits (zie hoofdstuk 10). De gemeten resultaten gelegd naast de vooraf vastgestelde normen of in vergelijking met anderen (benchmarking) vormen de basis voor verbeter- en borgingsplannen. De werkwijze wordt vastgelegd in een cyclisch proces, zoals bijvoorbeeld de Plan-Do-Check-Act cyclus.

Audits

In Nederland is inmiddels een systeem van perinatale audits ingevoerd. Een Perinatale audit (Perined, voorheen PAN en PRN) heeft tot doel om op basis van casuïstiekbesprekingen samen op een kritische en gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg te analyseren. Hierbij wordt gekeken of de betrokken zorgverleners zich gehouden hebben aan richtlijnen, standaarden of protocollen, afspraken tussen beroepsgroepen of gangbare zorg. De registratie van de praktijkgegevens wordt hierbij meegenomen. De kwaliteit van de geboortezorg wordt geanalyseerd en er worden aanbevelingen ter bevordering van de kwaliteit van die zorg geformuleerd. Het is een werkwijze die voor meerdere uitkomsten of processen in de perinatale zorg toepasbaar is. Uit de medio 2014 verschenen rapportage van de IGZ blijkt dat alle betrokken zorgverleners hieraan meewerken.¹⁰⁶ Aan de hand van bevindingen uit de perinatale audits dienen verbeterplannen te worden gemaakt. Dit zal helpen in het streven om te komen tot:

- betere samenwerking binnen het perinatale netwerk;
- aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling/zorgpaden;
- scholing;
- hogere kwaliteit van zorg.

Benchmarking

Op populatieniveau biedt de registratie van uitkomsten de mogelijkheid de effectiviteit van interventies bij te houden. Registratie van uitkomsten biedt eveneens inzicht in de ontwikkelingen op populatieniveau. Deze resultaten kunnen worden gebruikt om de uitkomst van zorg op proces en klinisch niveau onderling te vergelijken (peer review) en te leggen naast de streefwaarden geformuleerd in richtlijnen. Op basis hiervan kan de zorg op populatieniveau vervolgens worden bijgesteld. Een benchmark is er op gericht om uiteindelijk volgens de opgestelde normen te werken. VSV's stellen een kwaliteitsbeleid vast, verbinden daaraan doelen, monitoren die op indicatoren, benchmarken deze ten opzichte van landelijke uitkomstindicatoren en analyseren de uitkomsten. Ze verwerken dit in een regionaal jaarverslag ter verantwoording voor het gekozen beleid. Indien de binnen de norm gestelde doelen niet worden gehaald, wordt een verbeterplan opgesteld voor het volgende jaar.

Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners 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 coördinerend zorgverlener vergt adequate vaardigheden. Zij of hij beschikt in ieder geval ook over communicatieve vaardigheden en culturele competenties.

¹⁰⁶ 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: IGZ, juni 2014.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren, op medische kennis en op kennis van psychosociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben. Binnen het interprofessioneel geboortezorgteam is een Interdisciplinaire teamtraining een vast onderdeel van de bij- en nascholing.¹⁰⁷

Ontwikkeling kwaliteitsstandaarden

In het kennisdomein van de geboortezorg bestaan nog steeds veel monodisciplinaire richtlijnen. Gezien het belang van integrale geboortezorg wordt aanbevolen in de toekomst bestaande richtlijnen, standaarden en afspraken multidisciplinair te herzien en nieuwe richtlijnen, standaarden en afspraken multidisciplinair op te stellen, waarbij conform het toetsingskader van het Zorginstituut zoveel mogelijk relevante partijen en cliëntenorganisaties direct betrokken zijn.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Voor het opzetten van een dergelijke scholing wordt verwezen naar het advies van de Commissie Onderwijs van het CPZ 'Bij- en nascholing van alle professionals in de geboortezorg', oktober 2014.

¹⁰⁸ Zie ook 'Medisch specialistische richtlijnen 2.0', Adviescommissie Richtlijnen – Raad Kwaliteit, oktober 2011.

10 Kwaliteitsindicatoren

Cyclisch werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg is een belangrijke doelstelling van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Inzicht in de stand van de kwaliteit is daarvoor noodzakelijk. Dit inzicht ontstaat door elementen van het proces, de structuur van zorg en de uitkomsten te meten en in de Perinatale Registratie (Perined) te registreren. Deze gegevens worden gebruikt voor evaluatie en bijsturing van het zorgproces, voor onderlinge vergelijking van prestaties (benchmark) en om de transparantie in de zorg te vergroten.

Indicatoren maken de kwaliteit van zorg inzichtelijk. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die inzicht kunnen geven in de mate van kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie en kan aanleiding geven tot nader onderzoek. Kwaliteitsindicatoren zijn onder te verdelen in proces-, structuur- en uitkomstindicatoren. Procesindicatoren weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, structuurindicatoren zijn een maat voor kwaliteit van de organisatie van de geboortezorg en uitkomstindicatoren weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces.

Bij het opstellen van indicatoren bij de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* zal mede gebruik gemaakt kunnen worden van indicatoren die reeds door het veld in de werkgroep 'Kaderontwikkeling monitoring kwaliteit perinatale zorg' zijn c.q. worden ontwikkeld en getoetst. Het gaat hierbij vooral om zorginhoudelijk indicatoren. Om te meten of integrale geboortezorg in Nederland daadwerkelijk tot stand komt en om te borgen dat er een lerende organisatie ontstaat zijn aanvullende proces- indicatoren nodig. Daarbij dient minimaal gedacht te worden aan indicatoren als:

- Welk percentage van de zwangeren heeft een Individueel geboortezorgplan?
- Is vastgelegd wie de coördinerend zorgverlener is?
- Verantwoord het VSV haar beleid jaarlijks in een jaarverslag en worden alle taken van de VSV hierin geëvalueerd (attendancy, MDO, benchmarking, etc.)?
- Bent u [zorgverlener] verbonden aan minimaal één VSV? Zo ja, aan welke?
- Zijn de regionale afspraken vastgelegd in een van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* afgeleid zorgpad?
- Neemt de zorgverlener c.q. zorgaanbieder deel aan cliëntervaringsonderzoek (bijv. CQ-index en/of Patient Reported Outcome Measures (PROM's)?)

De werkgroep 'Kaderontwikkeling monitoring kwaliteit perinatale zorg' zal op korte termijn gevraagd worden om als werkgroep onder verantwoording van het CPZ specifiek voor de voorliggende zorgstandaard bovenstaande aanvullende indicatoren te ontwikkelen op niveau van de individuele cliënt, de zorgverlener en -instelling en de samenwerking binnen het perinatale netwerk. Deze beperkte set van kwaliteitsindicatoren zal eind 2016 gereed zijn.

RELEVANTE DOCUMENTEN

- AKD, Handreiking 'Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid bij integrale geboortezorg – tweede concept' (2016)
- Ambulancezorg Nederland, 'Landelijk Protocol Ambulancezorg', versie 8 (2014)
- CBO, 'Bloedtransfusie CBO' (2011)
- CBO, 'Bloedtransfusie' (2011)
- CBO, 'Diagnostiek en behandeling van obesitas' (2008)
- CBO, Multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding' (2011)
- CBO, PSR et al, 'Richtlijn behandeling van Tabaksverslaving' (2009)
- CPZ, Leidraad 'Integrale geboortezorg' (2014, niet door alle partijen geaccordeerd)
- CPZ, Leidraad 'Zorg gerelateerde criteria voor poliklinische bevalling in ziekenhuis en geboortecentrum zonder medische indicatie' (2014)
- CPZ, 'Niveaus van samenwerking binnen het VSV' (2014)
- CPZ, 'Preconceptie Indicatielijst (in voorbereiding, gereed 2016)
- JGZ, 'Opvoedondersteuning' (2013)
- JGZ, 'Preventie Wiegendood' (2009)
- JGZ, 'Secundaire preventie kindermishandeling' (2010)
- JGZ, 'Standpunt Preventie VGV' (2010)
- JGZ, 'Voeding en eetgedrag' (2013)
- JGZ, 'Vroeg en/of small voor gestational age (SGA) geboren kinderen' (2013)
- JGZ, 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' (2008)
- KCKZ, 'Baby bij warm of koud weer' (2015)
- KCKZ, 'Excessief huilen en prikkelreductie' (2015)
- KCKZ, 'Groep A streptokokken' (2015)
- KCKZ, 'Groep B streptokokkenziekte bij de pasgeborene' (2015)
- KCKZ, 'Hyperbilirubinemie pasgeborene' (2015)
- KCKZ, 'Koortslip in de kraamtijd' (2015)
- KCKZ, 'Kunstvoeding' (2015)
- KCKZ, 'Medicatie Veiligheid' (2015)
- KCKZ, 'MRSA en kraamzorg' (2015)
- KCKZ, 'Observatie en controle van de pasgeborene in de kraamtijd' (2015)
- KCKZ, 'Observatie kraamvrouw' (2015)
- KCKZ, 'Preventie shaken baby syndroom' (2015)
- KCKZ, 'Preventie voorkeurshouding' (2015)
- KCKZ, 'Veilig slapen en preventie wiegendood' (2015)
- Ketenrichtlijn 'Geboortezorg Asielzoekster' (2015)
- KNMG, 'Meldcode Kindermishandeling en huiselijke geweld' (2014)
- KNMG, 'Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale vermindering (VGV)' (2012)
- KNOV, 'Anemie in de verloskundige praktijk KNOV-standaard' (2010)
- KNOV, 'Factsheet Diabetes Gravidarum (GDM)' (2013)
- KNOV, 'Hygiëne en infectiepreventie in de eerstelijns verloskundige praktijk' (2004)
- KNOV, 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode' (2011)
- KNOV, Kindermishandeling en huiselijk geweld (2013)
- KNOV, Meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld' (2012)
- KNOV, 'Niet-vorderende ontsluiting' (2006)
- KNOV, 'Prenatale verloskundige begeleiding' (2008)
- KNOV, 'Opsporing van foetale groeivertraging' (2013)
- KNOV, 'Vrouwelijke Genitale Verminking' (2012)

- KNOV, Handreiking 'Continue begeleiding in de eerste lijn' (2014)
- KNOV, Handreiking 'Continue begeleiding tijdens de bevalling bij vrouwen met een medische indicatie' (2015)
- KNOV, Handreiking 'Huisbezoek' (2013)
- KNMG, Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (2010)
- KNOV-standpunt, 'Anticonceptie' (2014)
- KNOV-standpunt, 'Prenatale diagnostiek' (2005)
- KNOV-standpunt, 'Uitwendige versie' (2006)
- KNOV-standpunt, 'Voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de baring' (2013)
- KNOV-standpunt, 'Reanimatie van de pasgeborene in de thuissituatie of vergelijkbare omstandigheden' (2009)
- KNOV-rapport, 'Het gebruik van Relivopan® in de eerstelijns verloskunde' (2009)
- KNOV, Actiz, KNOV, 'Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden' (2010)
- KNOV/NVOG, 'Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen', versie 1.0 (2015)
- KNOV/NVOG, 'Verminderde kindsbewegingen tijdens de zwangerschap' (2013)
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (2008)
- LCI/RIVM, 'Rodehond' (2011)
- LESA, 'Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode' (2007)
- LESA V, 'Miskraam' (2006)
- LESA, 'Kindermishandeling' (2010)
- LESA V, 'Onderzoek van de pasgeborene' (2008)
- NCJ, Multidisciplinaire richtlijn 'Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's' (2013)
- NDF, 'Zorgstandaard: Diabetes mellitus type 1' (2013)
- NDF, 'Zorgstandaard: Diabetes mellitus type 2' (2013)
- NDF, 'Zorgstandaard: Zwangerschapsdiabetes' (2013)
- NGvA, 'Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen' (2011)
- NGvA, NVOG, VVN et al 'Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen' (2011)
- NHG-standaard, 'Anemie' (2003)
- NHG-standaard, 'Anemie in de verloskundige praktijk' (2012)
- NHG-standaard, 'Anticonceptie' (2014)
- NHG-standaard, 'Miskraam' (2004)
- NHG-standaard, 'Preconceptiezorg' (2010)
- NHG-standaard, 'Urinesteenlijden' (2007)
- NHG-standaard, 'Urineweginfecties' (2013)
- NHG-standaard, 'Zwangerschap en kraamperiode' (2012)
- NPCF, 'Cliëntenperspectief kwaliteit integrale geboortezorg. Uitkomsten van achterbanraadpleging en kwaliteitscriteria ten behoeve van zorgstandaard' (2014).
- NVA, 'Postoperatieve pijn' (2012)
- NVA, NVOG, 'Protocol 'SOP Remifentaniil' (2014)
- NVA, NVOG, 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' (2008)
- NVAB, 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk' (2007)
- NVK, 'Behandeling van neonatale epileptische aanvallen' (2012)
- NVK, 'Diagnostiek neonatale epileptische aanvallen' (2009)
- NVK, 'Koorts in de tweede lijn bij kinderen van 0-16 jaar' (2013)
- NVK, 'Neonatale epileptische aanvallen' (2009)
- NVK, 'Perinatale stroke, diagnostiek en behandeling' (2011)
- NVK, 'Preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie bij de pasgeborene geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken' (2008)
- NVK, 'Reanimatie van pasgeborenen' (2008)
- NVK, 'Update landelijk HIV expositie protocol neonaten, inclusief follow-up pasgeborene en kind. Pediatrisch HIV overleg Nederland (PHON)' (2013).
- NVK, PHON et al, 'HIV Expositie protocol neonaten, inclusief follow-up pasgeborene en kind' (2013)
- NVK, Update landelijk HIV expositie protocol neonaten, inclusief follow-up pasgeborene en kind. Pediatrisch HIV overleg Nederland (PHON) (2013)

- NVMM et al, 'Varicella' (2010)
- NVN et al, 'Epilepsie' (2013)
- NVOG, 'Alcohol- stoornissen in het gebruik van alcohol' (2009)
- NVOG, 'Begeleiding bij foetale sterfte en doodgeboorte' (2014)
- NVOG, 'Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie' (2013)
- NVOG, 'Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap' (2008)
- NVOG, 'Breken van de vliezen voor het begin van de baring' (2002)
- NVOG, 'Datering van de zwangerschap' (2011)
- NVOG, 'Diabetes mellitus en zwangerschap' (2010)
- NVOG, 'Diagnostiek, behandeling en preventie van veneuze trombo-embolie in de zwangerschap' (2009)
- NVOG, 'Diep veneuze trombose, longembolie en Zwangerschap' (2003)
- NVOG, 'Dreigende vroeggeboorte' (2011)
- NVOG, 'Echoscopisch onderzoek (modelprotocol)' (2012)
- NVOG, 'Erocytenimmunisatie en zwangerschap' (2009)
- NVOG, 'Foetale bewaking' (2003)
- NVOG, 'Foetale Groeibeperking' (2008)
- NVOG, 'Gastro-oesofageale refluxziekte in de zwangerschap' (2006)
- NVOG, 'Genitale verminking VGV' (2010)
- NVOG, 'Haemorrhagia Postpartum' (2006)
- NVOG, 'Haemorrhagia Postpartum (HPP)' (2013)
- NVOG, 'Herhaalde miskraam' (2007)
- NVOG, 'Hyperemesis' (2006)
- NVOG, 'Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap' (2011)
- NVOG, 'Indicaties voor prenatale diagnostiek' (2000)
- NVOG, 'Indicatiestelling Sectio Caesarea' (2011)
- NVOG, 'Inductie van de baring' (2006)
- NVOG, 'Intrapartum foetale bewaking à terme' (2013)
- NVOG, 'Intra- Uteriene Sterfte' (2011)
- NVOG, 'Kwaliteitsnorm Preventie van Maternale Mortaliteit en ernstige morbiditeit' (2012)
- NVOG, 'Kwaliteitsnorm prenatale screening op foetale afwijkingen' (2005)
- NVOG, 'Meconiumhoudend vruchtwater' (2011)
- NVOG, 'Meerlingzwangerschap' (2011)
- NVOG, 'Modelprotocol: Datering van de zwangerschap' (2010)
- NVOG, 'Nota preconceptiezorg' (2008)
- NVOG, 'Nota Wet en Gedragsregels rond perinatale sterfte' (2013)
- NVOG, 'Obesitas' (2009)
- NVOG, 'Prenatale screening' (2005)
- NVOG, 'Preventie recidief spontane vroeggeboorte' (2007)
- NVOG, 'Serotiniteit' (2007)
- NVOG, 'Spontane Vaginale Baring' (2013)
- NVOG, 'Schildklier en zwangerschap' (2010)
- NVOG, 'Schouderdystocie' (2008)
- NVOG, 'Serumscreening' (2005)
- NVOG, 'SSRI gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie' (2012)
- NVOG, 'Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)' (2012)
- NVOG, 'Stuitligging' (2008)
- NVOG, 'Totaalruptuur' (2013)
- NVOG, 'Transfusiebeleid en zwangerschap' (2002)
- NVOG, 'Trombocytopenie en zwangerschap' (2007)
- NVOG, 'Tubaire EUG, diagnostiek en behandeling' (2001)
- NVOG, 'Urineweginfectie in de zwangerschap' (2011)
- NVOG, 'Vaginale kunstverlossing' (2005)
- NVOG, 'Preventie vrouwelijke genitale verminking VGV' (2010)
- NVOG, 'Zwangerschap en bevalling na een voorgaande sectio caesarea' (2010)
- NVOG, 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' (2005)
- NVOG, 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' (2005)

- NVOG, 'Zwangerschapscholestase' (2011)
- NVOG, NVR et al, 'Verantwoord gebruik van Biologicals' (2011)
- NVPC et al, 'Counseling na prenataal vastgestelde schisis' (2011)
- RIVM, 'Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg', versie 5.0 (2015)
- RIVM, 'Draaiboek Neonatale Hieprikscreening', versie 11.0 (2015)
- RIVM, 'Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie', versie 4.0 (2014)
- RIVM, 'Draaiboek Prenatale Screening Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek, versie 5.0 (2014)
- RIVM, Standpunt 'Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg' (2010)
- RIVM/Centrum Jeugdgezondheid: 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg'(2011)
- TNO, Checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd' (2011)
- Verloskundig Vademecum (2003)
- VSOP, 'Preconceptie- en prenatale zorg bij zeldzame aandoeningen' (2014)
- WIP, 'Meticilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)' (2012)
- WIP, Richtlijn 'Veilig werken: Kraamzorg en partusassistentie' (2011)

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Coördinerend zorgverlener

Binnen integrale geboortezorg heeft de zwangere c.q. kraamvrouw een vast aanspreekpunt. Dit is *de* coördinerend zorgverlener. Het is meestal de verloskundige, maar kan ook de verloskundig actieve huisarts, de klinisch verloskundige of de gynaecoloog zijn. Deze zorgverlener is vanaf de intake, het *eerste* consult tot na de bevalling (maximaal zes weken voor de moeder en tot en met de tiende dag voor de pasgeborene) verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts. Zij/hij heeft primair de taak om ten behoeve van de zwangere de professionele zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot maximaal zes weken na de bevalling voor de moeder en tot en met de tiende dag na de bevalling voor de pasgeborene. Praktisch gezien betekent dit:

- Het fungeren als aanspreekpunt voor de zwangere.
- Het informeren van de zwangere over haar rechten, het ondersteunen van de eigen rol van de zwangere tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode en het haar wegwijs maken in het systeem van integrale geboortezorg, zodat zij zo veel mogelijk zelfregie kan uitoefenen.
- Het er op een proactieve wijze toezien dat geïntegreerde geboortezorg, zoals beschreven in de voorliggende zorgstandaard, wordt geleverd volgens het opgestelde Individueel geboortezorgplan.
- Het afstemmen met andere zorgverleners van de vrouw wanneer zij een bepaalde (chronische) aandoening heeft opdat de zorgverlening binnen en buiten de geboortezorg op elkaar aangesloten wordt.
- Het wanneer noodzakelijk met toestemming van de vrouw overdragen van alle relevante gegevens aan andere zorgverleners.

Counseling

Counseling is een laagdrempelige vorm van (emotionele) hulpverlening. Letterlijk vertaald uit het Engels betekent het *raadgeven*. Het doel van counseling is het helpen van mensen bij:

- het oplossen of hanteren van problemen;
- het vinden van antwoorden op vragen;
- het benutten van ongebruikte mogelijkheden;
- het ontwikkelen van kennis en vaardigheden.

Counseling is resultaatgericht en pragmatisch van aard. Het gaat er om dat een cliënt doelen gaat formuleren en gaat handelen om deze doelen te bereiken.

Eigen betaling

Een eigen betaling is een betaling die is vereist omdat sprake is van zorg die geen deel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering. Het gaat om onverzekerde zorg. Als men hier toch gebruik van wil maken, moet men hiervoor betalen door middel van een eigen betaling.

Eigen bijdrage

Een eigen bijdrage is een financiële bijdrage met een wettelijke grondslag. Bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor de kraamzorg.

Functiegericht

In de Zorgverzekeringswet zijn alle verzekerde prestaties functiegericht omschreven wat betekent dat inhoud, omvang en indicatiegebied van de aanspraak is beschreven. Wie de zorg verleent en waar die

wordt verleend, is in het functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst.

Geboortezorgtraject

Het hele traject van zorg vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte inclusief de samenwerking met en/of de overdracht naar de kraamzorg, JGZ, huisarts (de eindschakels) en/of op indicatie verwijzing naar andere zorgverleners. Zie ook integrale geboortezorg

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarin de zorgverlener en de cliënt in gezamenlijkheid tot besluiten komen die het beste passen bij haar passen. In dit proces gaat om uitwisseling van informatie, zowel van zorgverlener naar de vrouw (informatie over de zorg tijdens (aanstaande) zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode (incl. de voor- en nadelen ervan), als van de vrouw naar de zorgverlener (in welke mate wil de vrouw betrokken zijn bij de besluitvorming en haar persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de interventieopties). Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg. Daarbij is ook de wijze waarop deze informatie met elkaar wordt gedeeld van groot belang.

Individueel geboortezorgplan

In een Individueel geboortezorgplan worden overeenkomstig de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* alle aspecten vastgelegd die in de begeleiding en zorg voor een aanstaande moeder van belang zijn. Rekening houdend met de persoonlijke voorkeuren en lokale situatie sluit het plan aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft het alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap. De verschillende zorgverleners die bij de zorg voor de zwangere betrokken zijn, worden in dit plan zoveel als mogelijk bij naam genoemd en de verdeling van hun verantwoordelijkheden wordt beschreven. De functie van het Individueel geboortezorgplan is:

- Bieden van een handvat voor zelfregie en zelfmanagement van de zwangere vrouw (benadrukken van de actieve rol van de zwangeren in momenten van besluitvorming).
- Inventariseren, bespreken en indien nodig verhelderen van de wensen, behoeften, verwachtingen van de zwangere.
- Inzicht geven in de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners.
- Ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming.
- Noteren van gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de zwangere. De coördinerend zorgverlener neemt de verantwoordelijkheid zich in te zetten om binnen het interprofessioneel geboortezorgteam voldoende draagvlak te creëren om de gemaakte afspraken met de zwangere na te komen.

Integrale geboortezorg

Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of overdracht naar de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts.

Interprofessioneel geboortezorgteam als onderdeel van het VSV

Een netwerk van geboortezorg professionals.

Het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam:

- Een regionaal interprofessioneel geboortezorgteam bestaat uit een vertegenwoordiging van alle bij de geboortezorg in een regio betrokken zorgverleners.
- Het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam is op regionaal niveau gezamenlijk verantwoordelijk voor het (uitvoerend) beleid met betrekking tot de zorg rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode (incl. interconceptiezorg). Daarbij worden regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders betrokken.
- Het VSV waarbinnen het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam opereert neemt in haar beleid op hoe ze voor alle zwangeren een adequate risico-inschatting, met voldoende aandacht

voor medische, psychosociale, zorg- en leefstijlgerelateerde risico's laat plaatsvinden. Primaire input voor dit beleid wordt gehaald uit de VIL¹⁰⁹.

- Voor het afstemmen van zorgpaden op basis van de risico-inschatting organiseert het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam als onderdeel van het VSV multidisciplinaire overleggen (MDO). Bespreking van de zwangere in het MDO vindt plaats als een van de betrokken zorgverleners daar vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid op obstetrische, medisch, psychosociale gronden aanleiding toe ziet. Bespreking van de zwangere in het MDO vergt haar toestemming.¹¹⁰

Het individueel Interprofessioneel geboortezorgteam:

- Een individueel interprofessioneel geboortezorgteam bestaat uit de zorgverleners¹¹¹ die bij de zorg voor een individuele zwangere betrokken zijn. De samenstelling van dat team vindt plaats conform regionale afspraken en zorgpaden.
- Zorgverleners uit het individueel interprofessioneel geboortezorgteam bieden op individueel niveau consult en ondersteuning aan de coördinerend zorgverlener. Wie in dat geval in het team worden opgenomen en de wijze waarop zij samenwerken wordt, mede op basis van de wensen van de zwangere (gezamenlijke besluitvorming), per situatie bepaald en hangt af van het regionale beleid.¹¹²

Keuzevrijheid

Besluitvorming over keuzes en behandelingen is gebaseerd op het beginsel van informed consent. Dit is vastgelegd in de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De zwangere geeft toestemming voor het uitvoeren van een medische behandeling. Onder 'behandeling' worden alle medische verrichtingen verstaan die de zorgverlener uitvoert, inclusief onderzoek en nazorg. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de zwangere vrouw goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de vrouw op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeren over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn (incl. de optie nietsdoen). De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de vrouw hiervoor toestemming heeft gegeven. Dit houdt in dat zij deze behandeling ook kan weigeren (informed refusal).

De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de zwangere is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed choice of geïnformeerde keuze gaat nog een stap verder. Op basis van haar recht zoals vastgelegd in de WGBO, haar (mensen)recht op privacy en lichamelijke integriteit en op basis van de geleverde informatie en adviezen van de zorgverleners, beslist de zwangere o.a. waar, hoe, met wie zij wil bevallen en welke behandelingen en diagnostiek zij wil ondergaan tijdens de zwangerschap.

Professionals

De verloskundigen, klinisch verloskundigen, physician assistant klinisch verloskundige, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen, kinderartsen, neonatologen, obstetrie en gynaecologie (O&G) verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Deze professionals maken deel uit van de kern van het regionale interprofessioneel geboortezorgteam. Tevens spelen, naast aios en anios van de betreffende medische specialismen, de geautoriseerde obstetrische professional (GOP-er) en de geautoriseerde pediatrie professional (GPP-er), ook professionals vanuit de pre- en postnatale screening (RIVM),

¹⁰⁹ In de toekomst zal de VIL door de betrokken beroepsgroepen stapsgewijs worden omgevormd naar een stelsel van zo mogelijk multidisciplinaire richtlijnen die zullen dienen als basis voor de zorgpaden op lokaal niveau.

¹¹⁰ Deze afspraken kunnen door het CPZ geïnventariseerd worden. Indien aanpassingen nodig zijn zal het CPZ hiertoe adviseren. De IGZ fungeert daarbij als toezichthouder.

¹¹¹ De verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen, kinderartsen, neonatologen, obstetrie & gynaecologie (O&G) verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Deze professionals maken deel uit van de kern van het regionaal Interprofessioneel geboortezorgteam.

¹¹² Zie ook paragraaf 2.2. Over de mogelijke samenstelling en werkwijze van een Interprofessioneel geboortezorgteam zullen op instigatie van het CPZ nog nadere afspraken gemaakt worden.

ambulance teams, huisartsen, anesthesiologen, kinder- en neonatologie verpleegkundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, bedrijfsartsen, klinische genetici, maatschappelijk werkenden, psychologen, psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, GGD en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een rol in de geboortezorg.

Regionaal

Het Verloskundig Samenwerkingsverband omvattende gebied.

Richtlijn (mono- en multidisciplinair)

Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgverleners en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en gebruikers. Richtlijnen bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis. De zorgverlener wordt geacht de richtlijn bij zijn of haar zorgverlening toe te passen. Afwijken van de richtlijn kan, maar moet gemotiveerd worden.¹¹³

Verloskundig Samenwerkingsverband

Het regionale beleid wordt vastgesteld en geëvalueerd binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), een regionaal netwerk van verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties, andere geboortezorg professionals en regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders die een gezamenlijk doel nastreven, namelijk de realisatie van de best haalbare kwaliteit van geboortezorg vanuit cliëntenperspectief.

Verloskundige zorgverlener

Een verloskundig zorgverlener is BIG-geregistreerd, is bevoegd verloskundige handelingen uit te voeren en kan zijn een arts-assistent gynaecologie, gynaecoloog, gynaecoloog in opleiding, physician assistant klinisch verloskundige, klinisch verloskundige, verloskundige, of een verloskundig actieve huisarts.

Zelfmanagement

Het door de zwangere en haar naaste(n) zelf dusdanig omgaan met de zwangerschap dat zij zelf regie blijft houden over haar gezondheid en die van haar kind. De zwangere kiest zelf in hoeverre zij de regie over de zwangerschap in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare begeleiding en zorg wordt ingezet. De zwangere is in staat zelf haar gezondheidstoestand en die van haar kind te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een goede bevalling. Een en ander veronderstelt dat zij weet wat er bij zwangerschap en geboorte allemaal komt kijken, wat de eventuele risico's zijn en waar zij de juiste zorg kan ontvangen. De zorgverlener en het interprofessioneel geboorteteam dienen haar daarbij te ondersteunen door eenduidige informatie beschikbaar te stellen. De zwangere neemt een actieve rol waar zij dat wil én kan! Daarvoor is noodzakelijk een gelijkwaardige relatie tussen de zwangere en haar naaste(n) en de betrokken zorgverlener(s), op basis van onderling vertrouwen en respect.

Zorgpad (regionaal)

Een zorgpad is een structureel proces dat een zwangere op regionaal niveau doorloopt gedurende het hele traject van geboortezorg vanaf het eerste tot en met het laatste contact. In een zorgpad staat beschreven wat (activiteiten), wanneer (dag), door wie (functie) wordt gedaan met welke verwachte resultaten. Bij zorgpad ontwikkeling wordt aandacht gegeven aan de organisatie van de zorg, naast de inhoud (protocollen en richtlijnen). Onderlinge en interprofessionele afstemming staat centraal: van elkaar weten wie, wat, wanneer doet en waarom.

Zwangere

De (aanstaande) zwangere, haar (eventuele) partner, het ongebooren kind en in een latere fase van het Geboortezorgtraject de kraamvrouw en de pasgeborene.

¹¹³ Richtlijn voor Richtlijnen, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010.

IMPLEMENTATIE- en ONDERHOUDSPLAN

Direct na het verschijnen van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* zal er een 'Implementatieplan Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' opgesteld worden om de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* van 'papier naar realiteit' te krijgen. Daarbij worden alle relevante beroepsverenigingen, aanbieders van geboortezorg en cliëntvertegenwoordigers betrokken. In het implementatieplan zal tenminste aandacht worden besteed aan de volgende punten:

- Volgen van best practices
- Doorontwikkeling van de indicatorset
- Individueel geboortezorgplan
- Samenwerking binnen de regio.

Dit plan is per 1 januari 2017 gereed. Één jaar na opname van de zorgstandaard in het landelijk kwaliteitsregister van het Zorginstituut zal het CPZ een evaluatie van best practices uitvoeren.

Een van de onderdelen van het Implementatieplan is dat de zorgstandaard ook in de tijd onderhouden dient te worden. Er zal daarom door het CPZ een 'Commissie Onderhoud Zorgstandaard' ingesteld worden om periodiek te beoordelen of aanpassing c.q. uitbreiding is geboden. Herbeoordeling van de inhoud van deze zorgstandaard vindt eens per twee jaar plaats of eerder indien gewenst. Begin 2018 zal deze commissie met haar werkzaamheden starten en de eerste herziene versie van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* is te verwachten in het voorjaar van 2019.

In de 'Commissie Onderhoud Zorgstandaard' hebben in ieder geval de volgende partijen zitting:

- Een vertegenwoordiger van AJN
- Een vertegenwoordiger van de sector kraamzorg (BO-geboortezorg, KCKZ of NBvK)
- Een vertegenwoordiger van de GeboorteBeweging
- Een vertegenwoordiger van het NCJ
- Een vertegenwoordiger de KNOV
- Een vertegenwoordiger van de NPCF
- Een vertegenwoordiger van de NVA
- Een vertegenwoordiger van de NVK
- Een vertegenwoordiger van de NVOG
- Een vertegenwoordiger van de V&VN, VOG

Tijdens de herziening van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* zal tenminste aandacht worden besteed aan de volgende punten:

- Definitie integrale geboortezorg
- Visie op integrale geboortezorg
- Taak en werkwijze regionaal interprofessioneel geboortezorgteam
- Taak en werkwijze coördinerend zorgverlener
- Model-Individueel digitaal Geboortezorgplan
- Aansluiting Jeugdzorg
- Kwaliteitsindicatoren

SAMENSTELLING WERKGROEP Zorgstandaard Integrale Geboortezorg¹¹⁴

Voorzitter

Anemone Bögels

Onafhankelijk voorzitter

Leden

René Benneker

NBvK, 2^e lid namens Actiz/BTN

Rosaida Broeren

NPCF (tot 1 mei 2015)

Carin Dansen

V&VN, VOG

Hermine Dees

Het OuderSchap (tot 1 januari 2015)

Peter Dijk

NVK

Bernice Engeltjes

Klinisch verloskundige, docent masteropleiding klinisch verloskundige

Inge Evers

NVOG

Martijn Heringa

UMCU/WKZ

Joyce Hoek-Pula

GeboorteBeweging

Suze Jans

KNOV, verloskundigen

Anneke Jorna

AJN

Anneke Kesler

AJN

Trudy Klomp

AVAG

Caroline van der Marel

NVA

Anne Mooij

NPCF (vanaf 1 mei 2015)

Wendela van Rhee

Het OuderSchap (tot 1 januari 2015)

Mariëlle van de Riet

Actiz/BTN

Xandra Schyns

NVA

Diederik Veersema

Diagnostiek voor U

Corine Verhoeven

KNOV, klinisch verloskundigen

André de Vries

VVAH

Maurice Wouters

NVOG

Secretaris

Marnix van den Berg

CPZ, CQT Zorg & Gezondheid

Michèle Giezenberg

CPZ, Casemix

Samenstelling en redactie

Rob de Graaf

De Graaf strategie- & beleidsadvies BV

¹¹⁴ Per 1 december 2015.

LIJST VAN AFKORTINGEN

Actiz	Brancheorganisatie zorgondernemers
AFP	Alfafoetoproteïnegehalte
AJN	Artsen jeugdgezondheidszorg Nederland
AOI	Adverse Outcome Indicator
AVAG	Academie Verloskunde Amsterdam Groningen
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGC	Customised growth chart
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CP	Centering Pregnancy
CPZ	College Perinatale Zorg
CTG	Cardiotocograaf
Dbc	Diagnose-behandelcombinatie
DBD	Diastolische bloeddruk
DNA	Deoxyribonucleic acid
FIOM	Federatie van Instellingen voor de Ongehuwde Moeder en haar kind
GDM	Gestational diabetes mellitus
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GUO	Geavanceerd ultrageluidonderzoek
HELLP	Haemolyse Elevated Liver enzymes Low Platelets
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICSI	Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IEA	Irregulaire erythrocytenantistoffen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISSHP	International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy
IVF	In vitro fertilisatie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KCKZ	Kenniscentrum Kraamzorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LESA	Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MRSA	Meticilline-resistente Staphylococcus aureus
NBvK	Nederlandse Beroepsvereniging voor de Kraamzorg
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICU	Neonatal intensive-care unit
NIPT	Niet-invasieve prenatale test
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NT	Nekplooiemeting
NTSV	Nulliparous Term Singleton Vertex

NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
O&G	Obstetrie & Gynaecologie
OGTT	Orale glucosetolerantietest
PAN	Stichting Perinatale Audit Nederland
PIL	Preconceptie Indicatielijst
PND	Centrum voor Prenatale Diagnostiek
POP	Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie
POVIAS	Portio, ontsluiting, vliezen, indaling, aard, stand
PRN	Perinatale Registratie Nederland
PROM's	Patient Reported Outcome Measures
PVK/POH	Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners
PWD	Perinataal Webbased Dossier
Rh	Rhesus
SBD	Systolische bloeddruk
SEH	Spoedeisende hulp
SEO	Structureel Echoscopisch Onderzoek
SIDS	Sudden infant death syndrom
SGA	Small for Gestational Age
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
SWI	Steriel Waterinjecties
VETC	Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VIL	Verloskundige Indicatielijst
VKVN	Vereniging Klinische Genetica Nederland
VOG	Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VVAH	Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VSOP	Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZIG	Zorgstandaard Integrale Geboortezorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland