



> Initiatieven toegankelijkheid geboortezorg

Inventarisatie bij geboortezorgconsortia,
ROAZ'en en landelijke partijen

Utrecht, 17 december 2020
Saskia van der Erf
Fons Strijbosch

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	3
2 Toegankelijkheid met name onder druk door personeelstekort	5
3 Initiatieven zijn vooral gericht op betere benutting van capaciteit	8
3.1 Meeste initiatieven zijn gericht op beter benutten van bestaande capaciteit	9
3.2 Slechts enkele initiatieven zijn gericht op vergroten van aanbod	15
4 Landelijke partijen kunnen helpen bij opschaling initiatieven	17
4.1 Faciliteren van verspreiding van informatie over uitdagingen en ingezette oplossingen in andere regio's	17
4.2 Duidelijkheid bieden over de ruimte voor innovatieve zorgvormen	18
4.3 Op landelijk niveau meer richtinggevend zijn voor een toekomstbestendige inrichting van de geboortezorg	18
5 Bijlage	20
5.1 Overzicht van de geïnterviewde organisaties en personen	20
5.2 Legenda bij de kaartjes van geboortezorgconsortia en ROAZ'en	21

Managementsamenvatting

Samenwerkende partijen in de geboortezorg, verenigd in het College Perinatale Zorg (CPZ), hebben de ambitie de Nederlandse geboortezorg verder te verbeteren. Door oplopende personeelstekorten staat de toegankelijkheid en kwaliteit van de geboortezorg echter onder toenemende druk. Het CPZ heeft SiRM gevraagd om bij de geboortezorgconsortia en ROAZ'en een inventarisatie uit te voeren van bestaande, regionale initiatieven gericht op het op korte termijn borgen van de toegankelijkheid van de geboortezorg. Daarnaast zijn landelijke branche- en beroepsorganisaties en de Patiëntenfederatie geïnterviewd over de initiatieven die zij ontplooid hebben om de toegankelijkheid te waarborgen. Ook is geïnventariseerd welke steun het CPZ en andere landelijke partijen de geboortezorgconsortia en ROAZ'en kunnen bieden in dit vraagstuk.

Tijdens de 'eerste golf' van COVID-19 ontving het CPZ signalen dat de uitbraak tot extra druk op toegankelijkheid van de geboortezorg leidde. Ook zouden om deze uitdaging het hoofd te bieden nieuwe initiatieven zijn opgezet en bestaande initiatieven al dan niet tijdelijk gestaakt zijn. Om deze notitie te actualiseren, is daarom na de eerste golf een enquête uitgezet onder de ROAZ'en en een beperkt aantal vervolginterviews gevoerd.

Uit de inventarisatie blijkt dat personeelstekort de belangrijkste oorzaak is van druk op toegankelijkheid, maar de ernst hiervan verschilt tussen regio's. COVID-19 heeft dit personeelstekort in meerdere regio's tijdelijk vergroot. Lopende initiatieven voor het verbeteren van toegankelijkheid van de geboortezorg zijn vooral gericht op het beter benutten van bestaande capaciteit. Dit gebeurt vooral door capaciteit beter inzichtelijk te maken en door zorg anders te organiseren, vaak vanuit een meer integrale werkwijze. Maar ook door de verwachte zorgvraag binnen de geboortezorg te voorspellen en door structureel regionaal overleg te organiseren om bestaande capaciteit beter in te zetten. De COVID-19-uitbraak heeft daarbij tot een vlucht in speciale regionale overleggen geleid. Er lopen weinig initiatieven om de capaciteit op korte termijn te vergroten. Enkele regionale initiatieven zijn specifiek gericht op de werving van personeel. Daarnaast spannen landelijke partijen zich in om meer gespecialiseerd personeel opgeleid te krijgen.

Veel geboortezorgconsortia en ROAZ'en geven aan dat landelijke partijen kunnen helpen bij het opschalen van initiatieven. Ten eerste door de verspreiding van informatie over uitdagingen en ingezette oplossingen in andere regio's te faciliteren. Daarnaast vragen regionale organisaties om meer duidelijkheid over de ruimte die bestaat voor zorginnovatie. Ze geven ten slotte aan dat het CPZ en branche- en beroepsorganisaties op landelijk niveau meer richtinggevend zouden moeten zijn voor een toekomstbestendige inrichting van de geboortezorg. Deze wens is versterkt door COVID-19.

I Aanleiding en conclusie

In Nederland bestaat de breed gedragen ambitie om de geboortezorg verder te verbeteren. Naar aanleiding van geformuleerde doelen in het stuurgrupadvies 'Een goed begin' uit 2009¹ hebben samenwerkende partijen² hiervoor het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht. Het CPZ heeft als doel de integrale zorg rond zwangerschap en geboorte te ondersteunen en samenwerking te bevorderen om zo een zo kansrijk mogelijke start voor zwangeren en kinderen te realiseren. Dezelfde partijen hebben vervolgens in 2017 de Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022³ opgesteld. Hierin staan plannen om de Nederlandse geboortezorg de komende jaren verder te versterken. De betrokken partijen zien echter dat door oplopende tekorten aan personeel en soms aan faciliteiten de toegankelijkheid en kwaliteit van geboortezorg onder toenemende druk staan. Om te bepalen wat het CPZ, samen met andere partijen, hieraan kan doen, is een beter overzicht van regionale en lokale uitdagingen en bestaande oplossingsrichtingen nodig.

In 2019 heeft het CPZ een denkdiner georganiseerd voor een eerste bestuurlijke verkenning. Hieraan namen de leden van het deelnemersoverleg van het CPZ (voorzitters/bestuurders van het CPZ) deel, aangevuld met vertegenwoordigers van de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Tijdens dit diner werd gezamenlijk naar structurele, lange-termijnoplossingen voor de toegankelijkheidsproblemen gezocht. De aangedragen oplossingen zijn ondergebracht in verschillende clusters van prioriteiten, waaronder empoweren van vrouwen tijdens de zwangerschap en de bevalling, organiseren van thuismonitoring, thuisdiagnostiek en digitale consulten, en investeren in duurzame inzetbaarheid en werkplezier van zorgverleners.

Naast deze structurele veranderingen om de druk op de toegankelijkheid te verminderen, richt het CPZ zich ook op kortetermijnoplossingen. Om het CPZ te helpen meer overzicht te krijgen over kortetermijnoplossingen, heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – in de winter van 2019 een inventarisatie ervan uitgevoerd. De inventarisatie bestond uit interviews met vertegenwoordigers van de geboortezorgconsortia,⁴ de ROAZ'en⁵ en branche- en beroepsorganisaties.⁶ De focus lag hierbij op bestaande, regionale initiatieven om op korte termijn de toegankelijkheid van de geboortezorg te verbeteren. In sommige gevallen vertegenwoordigde de geïnterviewden tegelijkertijd meerdere partijen. In de bijlage treft u een overzicht met de geïnterviewde personen.

Kort na het definitief maken van een eerdere versie van deze notitie brak de COVID-19-pandemie uit. Deze uitbraak heeft ook voor de geboortezorg grote gevolgen gehad, en heeft geleid tot extra

¹ <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/stuurgrupadvies-een-goed-begin-2/>

² Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland

³ <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/over-cpz/de-agenda-van-cpz/>

⁴ Regionale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de geboortezorg. Zie: <https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia>

⁵ Regionaal Overleg Acute Zorgketen, verantwoordelijk voor het afstemmen van acute zorg. Nederland is opgedeeld in elf ROAZ-regio's, georganiseerd rondom de elf Nederlandse traumacentra.

⁶ Bo Geboortezorg, KNOV, NVK, NVOG, NVZ, V&VN, en de Patiëntenfederatie.

uitdagingen in het waarborgen van de toegankelijkheid. Om ervoor te zorgen dat ook van de uitdagingen en eerste initiatieven uit de COVID-periode geleerd kan worden, is vanaf eind zomer 2020 een nieuwe, beknopte inventarisatieronde uitgevoerd bij de ROAZ'en. Voor deze actualisatie is ook geput uit de voorlopige resultaten van een enquête onder VSV's door het CPZ.

De inventarisaties in de winter 2019 en de zomer 2020 leren ons dat geïnterviewden in bijna alle regio's druk ervaren op de toegankelijkheid en kwaliteit van de geboortezorg, maar wel in sterk wisselende mate. COVID-19 heeft deze druk in meerdere regio's (tijdelijk) vergroot (Hoofdstuk 2).

Lopende initiatieven, zowel regionale als landelijke, zijn met name gericht op betere benutting van bestaande capaciteit. Dit geldt ook voor de initiatieven om het coronavirus in de geboortezorg het hoofd te bieden. Slechts enkele initiatieven zijn gericht op het op korte termijn vergroten van capaciteit (Hoofdstuk 3).

Geïnterviewden geven aan dat landelijke partijen kunnen helpen bij de opschaling van regionale initiatieven. Hierbij gaat het om sterkere verspreiding van kennis, duidelijkheid bieden over innovatieruimte en op landelijk niveau meer richtinggevend zijn voor een toekomstbestendige inrichting van de geboortezorg (Hoofdstuk 4).

Deze notitie schept een beeld op regionaal niveau. Hierdoor zijn naar verwachting veel lokale knelpunten en initiatieven niet, of niet volledig, in beeld gekomen. In een tussentijdse terugkoppeling aan vertegenwoordigers van landelijke organisaties werd deze verwachting bevestigd, waarna besloten werd om ook de landelijke branche- en beroepsorganisaties te interviewen. Om een uitputtend beeld te verkrijgen, zou deze inventarisatie gevolgd moeten worden door een uitvraag bij lokale partijen. Momenteel loopt een enquête onder alle VSV's over onder meer dit onderwerp. De eerste, ruwe resultaten daarvan zijn opgenomen in deze notitie. Ook kan het relevant zijn om deze inventarisatie te laten opvolgen door een onderzoek naar langetermijns- en sectorbrede oplossingsrichtingen voor de druk op de toegankelijkheid van de geboortezorg.

Tot slot bleek het over het algemeen niet gemakkelijk om de interviews te plannen. Daarbij leek er een verband te bestaan tussen de in een regio ervaren druk op de toegankelijkheid, en het gemak waarmee een interview gepland kon worden. Dit verband leek sterker te spelen bij de geboortezorgconsortia dan bij de ROAZ'en. Mogelijk is dit eenvoudigweg te verklaren doordat regio's die grote druk ervaren, meer prioriteit geven aan het bespreken van dit thema.

2 Toegankelijkheid met name onder druk door personeelstekort

Bijna alle regio's ervaren druk op de toegankelijkheid en kwaliteit van de geboortezorg, maar wel in sterk wisselende mate. Deze druk wordt in bijna alle gevallen veroorzaakt door personeelstekort. COVID-19 heeft in minstens enkele regio's tot tijdelijke toename van het personeelstekort geleid.

Zoals op basis van bestaande bronnen^{7,8} verwacht, is in alle regio's waar druk op de toegankelijkheid van de geboortezorg wordt ervaren, personeelstekort hier de grootste oorzaak van. Alleen de regio Noord-Nederland vertelt dat aanrijtijden ook onder druk staan, hoewel de 45-minutennorm nog gehaald wordt.⁹ Wanneer er regionaal druk op de toegankelijkheid van de geboortezorg wordt ervaren, betreft dit bijna altijd druk op de capaciteit voor poliklinische en klinische partussen. Daarnaast noemen regio's druk op de kraamzorg. Een positieve bevinding is dat in geen enkel interview toegankelijkheidsproblemen in de acute geboortezorg gemeld worden. Voor deze hoogste spoedindicaties lijkt de toegankelijkheid goed geborgd.

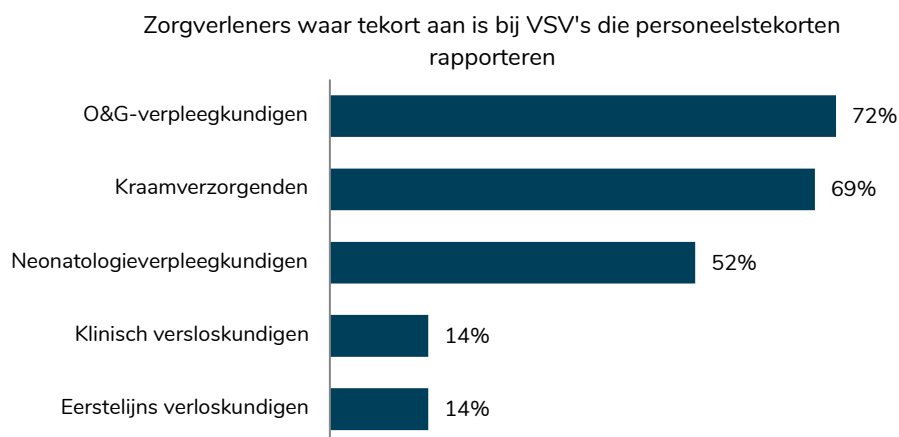
Bij deze genoemde personeelstekorten gaat het overal om een tekort aan O&G-verpleegkundigen,¹⁰ neonatologieverpleegkundigen en kraamverzorgenden. Dit is ook de voorlopige conclusie van een lopende enquête van het CPZ onder alle VSV's. Driekwart van de VSV's heeft tot nu gereageerd; van hen benoemt 54% problemen op het gebied van personele capaciteit. Binnen deze groep zegt rond de 70% tekorten aan O&G-verpleegkundigen en kraamverzorgenden te ervaren. Daarnaast rapporteert 50% krapte bij neonatologieverpleegkundigen, zie Figuur 1.

⁷ Van deelbelangen naar gedeeld belang, advies Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 2020.

⁸ Houtskoolschets acute zorg, discussiestuk Ministerie van VWS, 2020.

⁹ Zie voor een recente bespreking van deze norm en haar relatie tot de verloskunde het advies '45-minutennorm in de spoedzorg' van de Gezondheidsraad.

¹⁰ Obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen.

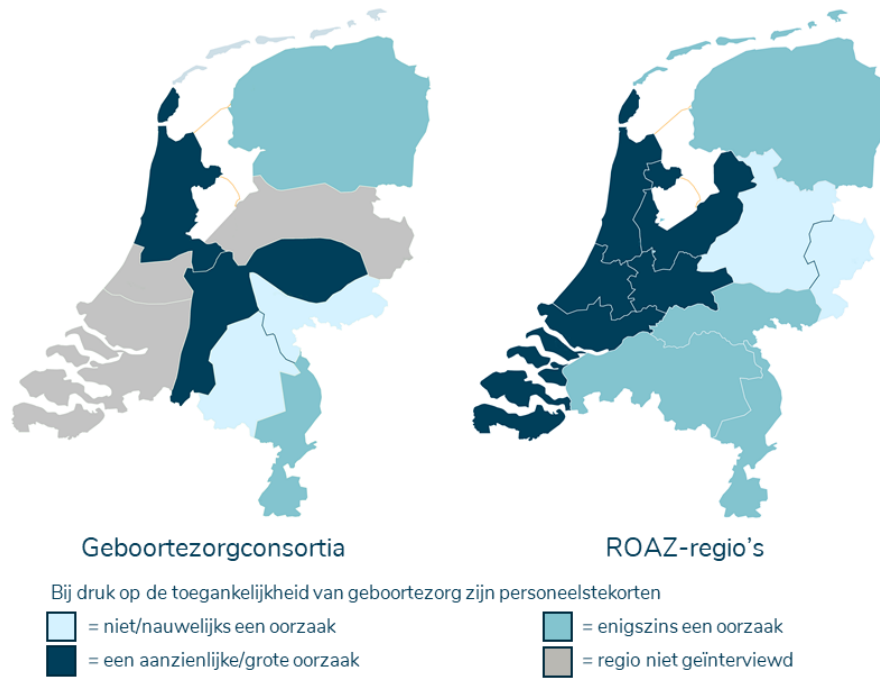


Figuur 1. VSV's die personeelstekorten rapporteren (54%) benoemen het vaakst dat er tekorten zijn aan O&G-verpleegkundigen, kraamverzorgenden en neonatologieverpleegkundigen.

Tekort aan specifieke zorgprofessionals zorgt in de geboortezorg direct voor een probleem in de hele keten. Als ergens bijvoorbeeld capaciteitsverlies is door gebrek aan neonatologieverpleegkundigen, betekent dat ook dat de afdeling verloskunde niet meer op volle capaciteit kan werken door gebrek aan interne doorverwijsmogelijkheden.

Geïnterviewden vinden het lastig om deze tekorten getalsmatig uit te drukken en zeggen vaak dat de tekorten de afgelopen jaren geleidelijk ontstaan zijn. Ook bestaat er een duidelijk wisselend beeld van gerapporteerde personeelstekorten, zie Figuur 2.¹¹ Regio's buiten de Randstad vertellen dat personeelstekorten óf enigszins óf nauwelijks een probleem zijn. Regio's die rapporteren dat er nauwelijks druk op toegankelijkheid is (Gelderland en Overijssel), zijn wel bezig met het monitoren hiervan, vooral vanwege de signalen uit de rest van het land. De landelijke COVID-19-uitbraak heeft in minstens twee regio's tot tijdelijke toename van bestaande personeelstekorten geleid. Het betreft de regio's van het Traumacentrum Zuidwest Nederland en het Netwerk Acute Zorg Brabant. Het ging daarbij om alle betrokken zorgdisciplines, waarbij disciplines die vóór COVID al tekorten kenden, extra kwetsbaar waren. Op sommige momenten speelde het achterblijven van testcapaciteit en het lang moeten wachten op testuitslagen voor het coronavirus een extra rol. Zorgprofessionals met lichte klachten die op COVID kunnen wijzen waren hierdoor ook dagenlang onbeschikbaar.

¹¹ De indeling van Nederland naar geboortezorgconsortia- en ROAZ-regio's resulteert in grote regio's met vaak aanzienlijke interne verschillen. De weergaves in de figuren in deze notitie gaan hierdoor zelden op voor de hele regio. Zie voor de regio-indeling van de in deze notitie gebruikte kaartjes paragraaf 5.2 in de bijlage.



Figuur 2. Met name de Randstad-regio's noemen personeelstekort als belangrijke oorzaak voor druk op toegankelijkheid. Regio's buiten de Randstad geven aan dat personeelstekorten óf enigszins óf nauwelijks een probleem zijn.

3 Initiatieven zijn vooral gericht op betere benutting van capaciteit

Lopende initiatieven voor het verbeteren van toegankelijkheid van de geboortezorg zijn vooral gericht op het beter benutten van bestaande capaciteit. Dit gebeurt vooral door capaciteit beter inzichtelijk te maken en door zorg anders te organiseren, maar ook door de verwachte zorgvraag binnen de geboortezorg te voorspellen en door structureel regionaal overleg te organiseren om bestaande capaciteit beter in te zetten. De COVID-19-uitbraak heeft daarbij tot een vlucht in speciale regionale overleggen geleid. Er lopen minder initiatieven om de capaciteit op korte termijn te vergroten. Enkele regionale initiatieven zijn specifiek gericht op de werving van personeel. Daarnaast spannen landelijke partijen zich in om meer gespecialiseerd personeel opgeleid te krijgen.

In dit hoofdstuk lichten we toe dat de meeste korte-termijninitiatieven gericht zijn op betere benutting van bestaande capaciteit. Geboortezorgconsortia en ROAZ'en hebben in verschillende mate initiatieven ontwikkeld om de toegankelijkheid van de geboortezorg op korte termijn te waarborgen. In een paar regio's, waaronder Rotterdam-Rijnmond en Gelderland, is ook de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) actief bezig met dit thema.

Het viel op dat de mate waarin consortia zich bezighielden met toegankelijkheid van geboortezorg sterk uiteenliep, van zeer voortvarend tot slapend. De ROAZ'en lieten een meer evenwichtig beeld zien en hadden bijna allemaal de uitdagingen in de (acute) geboortezorg op de agenda staan. De mate waarin consortia en ROAZ'en initiatieven hebben ontwikkeld lijkt samen te hangen met de mate waarin ze personeelstekorten ervaren. Ook in de eerste COVID-golf waren verschillen tussen regio's te zien.

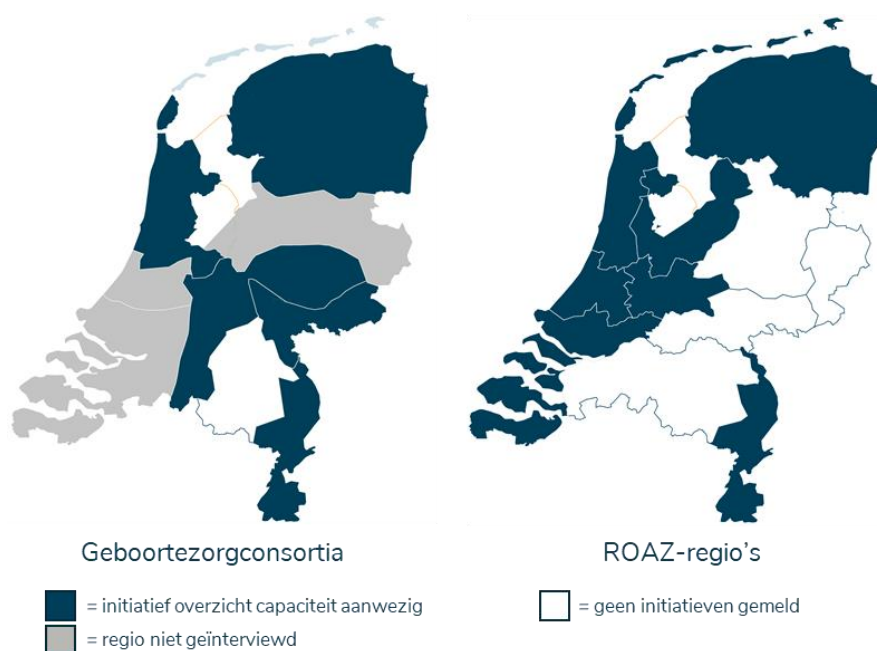
Landelijke partijen hebben ook korte-termijninitiatieven ontwikkeld en/of regionale initiatieven ondersteund. Zij richten zich daarnaast op langere-termijninitiatieven, die bijvoorbeeld gericht zijn op het vergroten van het aanbod of op het voorkomen van onnodige vraag naar medische geboortezorg. In dit hoofdstuk gaan we op deze laatste soort initiatieven niet verder in. Het betreft initiatieven gericht op betere samenwerking met de sociale keten, waardoor vrouwen gemiddeld gezonder aan hun zwangerschap beginnen, en methoden als CenteringPregnancy om het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis tijdens de zwangerschap te laten afnemen. Een knelpunt is dat hiervoor (nog) geen declaratietitel beschikbaar is.

3.1 Meeste initiatieven zijn gericht op beter benutten van bestaande capaciteit

In alle regio's waar duidelijke druk op de toegankelijkheid van de geboortezorg wordt ervaren, hebben het geboortezorgconsortium en/of het ROAZ initiatieven ontwikkeld die gericht zijn op het beter benutten van bestaande capaciteit. Ook landelijke partijen zijn initiatieven gestart, of ondersteunen deze. Door COVID-19 is een deel van deze initiatieven tijdelijk afgeschaald of stopgezet, maar COVID-19 heeft er tegelijkertijd voor gezorgd dat er meer structureel regionaal overleg heeft plaatsgevonden.

3.1.1 Veel initiatieven geven realtime inzicht in bestaande capaciteit om deze beter in te zetten

Het verkrijgen van een actueel overzicht van beschikbare capaciteit is het meest voorkomende initiatief gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de geboortezorg, zie Figuur 3. Op vijf geïnterviewden na vertelden iedereen over een regionaal initiatief in deze richting. De uitvoering hiervan loopt uiteen tussen specifiek hiervoor ontwikkelde platforms, doorontwikkeling van het Acuu Zorgportaal (een webapplicatie gericht op realtime inzicht in beschikbare behandelcapaciteit) en eenvoudigere communicatiemiddelen.



Figuur 3. In de meeste geïnterviewde regio's bestaan initiatieven voor het verkrijgen van een overzicht van actuele capaciteit. Dit geldt zeker voor de regio's waar de toegankelijkheid van de geboortezorg onder druk staat.

Meerdere regionale partijen gebruiken specifieke platforms (websites of apps) die vaak voor dit doel ontwikkeld of op maat gemaakt zijn:

- De regio Midden-Nederland heeft met ondersteuning van de RAV Utrecht zelf een app ontwikkeld, de app Plek.¹² Deze app laat realtime de beschikbare capaciteit zien en is in juli 2019 live gegaan. Afdelingen verloskunde geven zelf hun capaciteit door, waarna

¹² Regionale Ambulancevoorziening Utrecht - <https://www.ravu.nl/>

extramuraal verloskundigen kunnen zien welke centra ruimte hebben voor poliklinische- en klinische bevallingen. Eerstelijns verloskundigen moeten vervolgens wel nog bellen ter bevestiging. De eerste reacties zijn positief, hoewel de app nog kinderziektes lijkt te kennen. Zo valt of staat de waarde met hoe trouw ziekenhuispersoneel de actuele capaciteit bijhoudt. De aanjagers willen Plek graag uitbreiden met meer ziekenhuizen en een overzicht van startende bevallingen.

- In de regio Rotterdam-Rijnmond bestaat sinds het najaar van 2019 het platform VK Bedden. Het geeft een digitaal overzicht van de capaciteit voor medische en poliklinische partussen van zes centra. Verloskundigen moeten hier ook zelf nog contact opnemen ter bevestiging.
- Noord-Nederland gebruikt het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ, voormalig 2TWNTY4) voor inzicht in drukte op de SEH. Ook is het mogelijk om in LPZ het aantal beschikbare klinische bedden inzichtelijk te krijgen, inclusief klinische bevalcapaciteit. Echter is de focus van Noord-Nederland eerst op de druktemeter SEH. Als deze functionaliteit regio-breed goed is geïmplementeerd, wordt verkend welke labeling van klinische bedden passend is om uit te komen op realtime inzicht in regionale bedden capaciteit.

Naast specifiek ontwikkelde platforms is op veel plekken het Acut Zorgportaal, een online platform van het ROAZ, heringericht voor de verloskunde. Dit is het geval in de ROAZ'en rond het Amsterdam UMC, UMCU en LUMC. Het Netwerk Acute Zorg Zwolle is voornemens het Acut Zorgportaal hiervoor in te gaan zetten. Het UMCU wil, nu de eerdergenoemde app Plek actief is, stoppen met het Acut Zorgportaal hiervoor te gebruiken. In de meeste gevallen is gebruik van het Acut Zorgportaal bedoeld voor verloskundigen die een klinische bevalplek zoeken.¹³

In een aantal regio's waar geen specifieke platforms of het Acut Zorgportaal gebruikt worden voor een overzicht van beschikbare capaciteit, gebruiken regionale verloskundigen groepschats op bijvoorbeeld WhatsApp. Dit lijkt vaker te gebeuren in regio's waar verloskundigen nauwelijks door ziekenhuizen geweigerd worden, bijvoorbeeld in het consortium Geboortezorg Oost, en gebeurt vaak in samenwerking met een of meerdere ziekenhuizen.

De COVID-19-uitbraak lijkt een stimulerende werking gehad te hebben op initiatieven in realtime capaciteitsinzicht. In de ROAZ-regio van Traumacentrum Zuidwest Nederland is in de 'eerste coronagolf' in anderhalve week tijd een nieuw, eigen dashboard ontwikkeld, gebaseerd op het platform VK Bedden. Het dashboard geeft voor 11 ziekenhuizen realtime inzicht in beschikbare capaciteit voor poliklinische en klinische bevallingen, en neonatologiebedden. Deze data worden nu nog handmatig ingevoerd, maar aan een koppeling met het elektronisch patiëntendossier wordt gewerkt. Het Netwerk Acute Zorg Brabant wil in de nabije toekomst over een vergelijkbare tool beschikken. Deelnemende ziekenhuizen starten daar binnenkort met een pilot waarin ze volmeldingen in één systeem bijhouden.

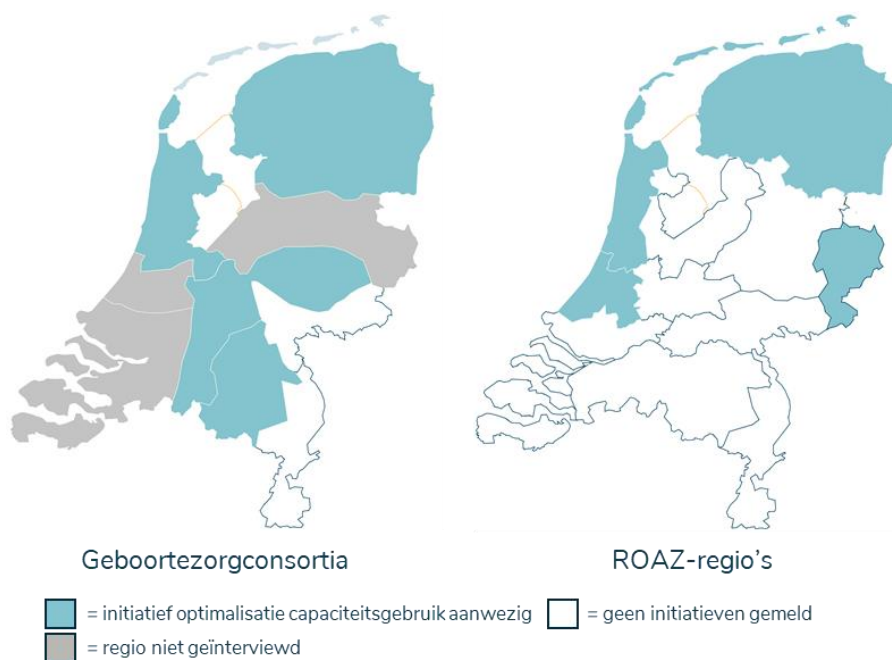
Meerdere landelijke partijen, waaronder de KNOV, de NVOG en de NVK, vinden het belangrijk dat er een landelijk overzicht van de actuele beschikbare capaciteit komt. Daarbij kunnen voorbeelden

¹³ Uit de interviews kwam niet naar voren of er regio's zijn waar het Acut Zorgportaal ook voor poliklinische bevallingen gebruikt wordt.

in aangrenzende sectoren behulpzaam zijn, zoals het in de kindergeneeskunde gebruikte Baby Zoekt Bed en Kind Zoekt Bed.¹⁴

3.1.2 Daarnaast biedt het veranderen van de organisatie van zorg kansen om capaciteit beter te benutten

Naast realtime inzicht in de capaciteit, bestaan er meerdere regionale en landelijke initiatieven om door veranderingen in de organisatie van zorg de bestaande capaciteit beter te gebruiken. Zie Figuur 4 voor een regionaal overzicht. Deze initiatieven variëren van taakherschikking en verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, tot betere spreiding van zorg en een flexibele schil van geboortezorgverleners.



Figuur 4. In verschillende regio's bestaan initiatieven om capaciteitsgebruik te optimaliseren.

Voorbeelden van taakherschikking en verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn zijn:

- In de regio van het Netwerk Acute Zorg West assisteert de eigen eerstelijns verloskundige bij een subacute klinische bevalling in het ziekenhuis, om zo de O&G-verpleegkundige te ontlasten.
- In de Euregio hebben sinds 2019 tweedelijns kraamverzorgenden in het ZGT Almelo een aantal taken van O&G-verpleegkundigen overgenomen. Daarnaast assisteert in de hele regio de eerstelijns kraamverzorgende de verloskundige bij poliklinische bevallingen.
- Het nieuwe Eerstelijns Triagecentrum van het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Dit centrum is een samenwerking van eerstelijns verloskundigen en het ziekenhuis, en vangt eerstelijns zwangeren met spoedklachten op. Het doel is om onnodige prenatale verwijzingen naar de tweede lijn te verminderen.

¹⁴ <https://www.nvk.nl/Nieuws/articleType/ArticleView/articleId/2400/Kind-zoekt-bed-capaciteit-in-kaart>

- In Noord-Nederland lopen proeven waarbij zwangere vrouwen met in de voorgeschiedenis een sectio of meconiumhoudend vruchtwater alsnog door hun eigen verloskundige begeleid worden tijdens de bevalling. Deze zorgpaden worden vastgesteld binnen het VSV.
- In meerdere regio's, waaronder Noord-Nederland en Zuidoost-Brabant, lopen proeven om vrouwen na inleiding door plaatsen van een ballonkatheter terug te verwijzen naar de eerste lijn. Landelijke partijen bieden hierbij ondersteuning door onder meer informatie over best practices te verspreiden.
- In de regio van het Netwerk Acute Zorg West lopen proeven om in de eerste lijn pijnstilling met pethidine toe te kunnen passen, om zo het aantal klinische verwijzingen durante partu te verminderen.
- De KNOV en NVOG hebben op regionaal en lokaal niveau partijen ondersteund bij het mogelijk maken van het verrichten van CTG's in de eerste lijn. Naar schatting zijn tot het voorjaar van 2020 1.700 CTG's in de eerste lijn gemaakt, wat veel verwijzingen naar de tweede lijn heeft voorkomen en een besparing van circa € 1,5 miljoen heeft opgeleverd. Als positief neveneffect melden deelnemende zorgverleners verbeterde samenwerking tussen de zorglijnen. De KNOV had voor CTG's in de eerste lijn een tariefaanvraag gedaan bij de NZa. Het Zorginstituut heeft echter in april dit jaar een standpunt gepubliceerd dat CTG's (nog) niet beschouwd kunnen worden als onderdeel van het professionele arsenaal van eerstelijns verloskundigen.¹⁵

Regio's geven aan dat het voor deze initiatieven behulpzaam zou zijn om landelijke duiding te geven over welke innovaties veilig zijn (bevonden). Paragraaf 4.2 gaat hier dieper op in.

Er bestaan daarnaast regionale initiatieven om de spreiding van de zorgvraag te verbeteren om zo de bestaande capaciteit zo goed mogelijk te gebruiken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het ook in avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) inplannen van electieve zorg, zoals het plaatsen van ballonkatheters en het kunstmatig breken van vliezen. Het betreft zowel electieve zorg bij poliklinische als bij klinische bevallingen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de regio van het Netwerk Acute Zorg West.

Ten slotte bestaat er in de Euregio het streven om in het Medisch Spectrum Twente (MST) en de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) samen een grotere 'flexibele schil' van personeel te creëren dat op meerdere locaties inzetbaar is. De afgelopen jaren zijn daar kleine initiatieven geweest met onderlinge detachering van personeel om tekorten op de verloskunde-afdelingen te verminderen en piekdruk te vangen. Bo Geboortezorg ondersteunt meerdere regio's bij het vergroten van de flexibele schil. Zij ondersteunen kraamzorgorganisaties die samen partuspools opzetten. In deze pools worden wachtdiensten gecombineerd. Hierdoor worden kraamverzorgenden vaker ingezet, is er minder 'verspilde' wachttijd en wordt capaciteit beter benut.

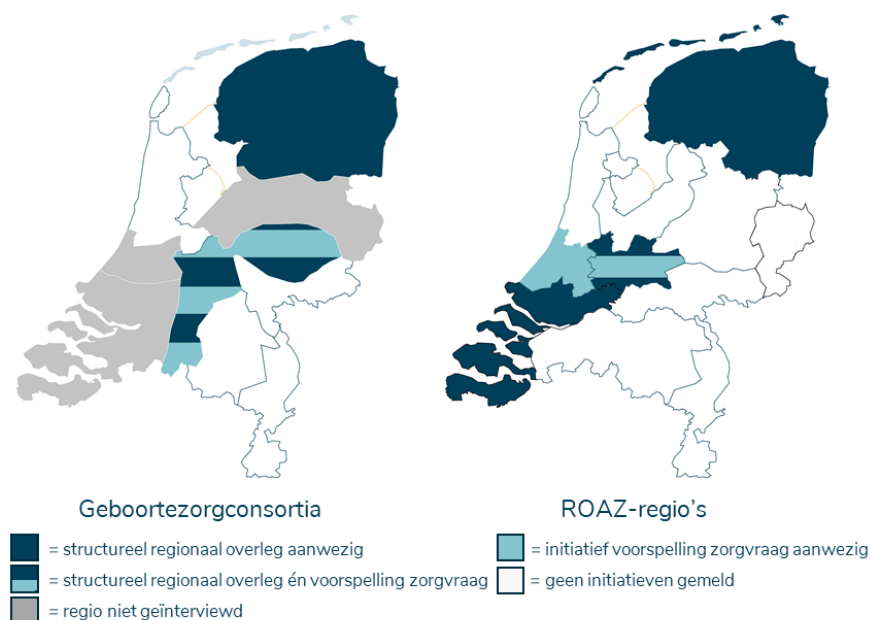
¹⁵ Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/04/20/standpunt-diagnostiek-ctg>

3.1.3 Andere initiatieven richten zich op het voorspellen van zorgvraag en structureel regionaal overleg om bestaande capaciteit beter in te zetten

Andere tijdens de interviews genoemde initiatieven richten zich op het voorspellen van de verwachte zorgvraag en op structureel regionaal overleg, om zo de bestaande capaciteit optimaal te gebruiken. Zie Figuur 5 voor een regionaal overzicht.

Voorbeelden omtrent het voorspellen van de verwachte zorgvraag zijn:

- Traumazorgnetwerk Midden-Nederland en Netwerk Acute Zorg West werken aan het op weekbasis voorspellen van de toekomstige zorgvraag aan de hand van labuitslagen. Door bloedgegevens bij 12 weken zwangerschap van diagnostisch centrum Saltro te gebruiken, kan de à terme datum van zwangeren uitgerekend worden. Hieruit volgt het aantal verwachte bevallingen per week. In een later stadium willen beide regio's dit gebruiken voor sturing van personeelsplanning. Het initiatief lag bij het RIVM, maar de ROAZ'en overwegen het nu in eigen hand te nemen. Wel hopen ze dat het in een later stadium landelijk opgepakt wordt.



Figuur 5. In Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Nederland bestaan initiatieven in de voorspelling van de verwachte zorgvraag en voor structureel regionaal overleg.

- Het Verloskundig Consortium Limburg heeft recent één regionaal dossier voor alle samenwerkende partijen in een geboortezorgconsortium geprobeerd dit op te zetten. Dit liep echter vast op IT-problemen. Omdat het vertrouwen in deze oplossing er nog steeds is, willen ze het opnieuw gaan proberen.
- Bo Geboortezorg heeft een eigen prognosemodel ontwikkeld voor de lange termijn. Het model voorspelt het aantal verwachte bevallingen en kraamverzorgenden op regioniveau. Op termijn kan dit uitgebreid worden naar verloskundigen met mogelijkterwijs als derde groep zorgverleners O&G-verpleegkundigen. Hiervoor is samenwerking met de KNOV, V&VN en de ziekenhuizen nodig. Voor de kortere termijn benadrukken Bo Geboortezorg en andere landelijke partijen het belang van inzicht op weekbasis over hoeveel vrouwen er per regio à

terme gaan zijn, om daar inleidingen en personele bezetting op te kunnen plannen. Dit gebeurt nu nog niet (overal).

In drie regio's is daarnaast een structureel regionaal overleg met alle samenwerkende partijen in de geboortezorg opgezet. Het doel hiervan is om de samenwerking te verbeteren en zo de regionale druk op de geboortezorg te verminderen:

- Bij het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland is sinds de zomer van 2018 een Escalatieteam actief. Met het ROAZ als voorzitter vindt om de week overleg plaats over samenwerking met als resultaat minder wrijving tussen verloskundigen en ziekenhuizen.
- Bij het Traumacentrum Zuidwest Nederland is in 2018 de Expertisegroep Acute Verloskunde herstart, een groep met vertegenwoordigers van leden van het District Verloskundig Platform Rijnmond.
- In het Consortium Zwangerschap & Geboorte Noord-Nederland richt een speciale werkgroep zich op de capaciteit. Ook hier wordt door samenwerking en onderlinge communicatie te verbeteren optimaal gebruik gemaakt van bestaande capaciteit.

3.1.4 De COVID-19-uitbraak heeft tot een vlucht in speciale regionale overleggen geleid

In het voorjaar van 2020 is in ten minste vier ROAZ-regio's een nieuwe overlegstructuur in de geboortezorg opgezet om de uitdagingen van de 'eerste golf' COVID-19 beter te kunnen opvangen.¹⁶ De opzet en uiteindelijke inzet hiervan verschillen onderling. Hier lijkt de omvang van de regionale corona-uitbraak een aanzienlijke rol in te spelen:

- Het Netwerk Acute Zorg Brabant kwam rond maart als eerste regio in een crisissituatie terecht. Om de coördinatie te versoepelen heeft het ROAZ het dagelijks bestuur uitgebreid met bestuurlijke afvaardiging vanuit de huisartsenzorg, RAV, ggz, vvt en zorgverzekeraars. De focus lag hierbij op continuïteit en toegankelijkheid van zorg in brede zin. De gynaecologie en verloskunde sloten op basis van de actuele situatie aan. Ook werden er op advies van de KNOV en NVOG regiocoördinatoren voor respectievelijk verloskundigen en gynaecologen aangesteld. Deze coördinatoren waren voor hun beroepsgroep aanspreekpunt bij vragen en schakelden waar relevant met het ROAZ. De manier van overleg met een dagelijks bestuur en coördinatoren verliep naar tevredenheid.
- In de regio Rotterdam-Rijnmond en omstreken heeft het District Verloskundig Platform (DVP) Rijnmond een Regionaal Coördinatieteam (RCT) opgezet om samenwerking tijdens de corona-uitbraak te bevorderen. Hierin zijn ze ondersteund door de ROS. In het RCT zit minstens één vertegenwoordiger van alle bij de geboortezorg betrokken disciplines. Deze vertegenwoordigers koppelen afspraken en vragen terug naar hun achterban, onder meer via WhatsApp-groepen. De belangrijkste geleerde les is het grote belang van een integrale aanpak: wanneer één van de schakels van de keten van geboortezorg vastloopt, ontstaan er ook problemen bij de andere disciplines. Om die reden heeft het RCT zich ook met succes hard gemaakt voor vertegenwoordiging van de acute geboortezorg in het dagelijks bestuur van het ROAZ. Vóór COVID-19 was de geboortezorg in de regio nog geen onderdeel van de

¹⁶ De andere ROAZ-regio's zeiden geen nieuwe overlegstructuren opgezet te hebben, of hebben niet op de vragenlijst ten behoeve van de actualisatie gereageerd.

acute-zorgoverleggen. Het DVP Rijnmond noemt eerdere goede regionale contacten, een gedeeld gevoel van urgentie om met elkaar de continuïteit, capaciteit en kwaliteit van de geboortezorg te blijven bewaken, en onafhankelijk voorzitterschap de belangrijkste succesfactoren van hun opgezette samenwerkingsverband.

- Ook in de regio van het Acute Zorgnetwerk Noord Nederland is voor de COVID-19-aanpak een regioteam opgezet. Op advies van de NVOG is ook een regiocoördinator aangesteld die korte lijnen had met het ROAZ, de VSV's en de eerste lijn. Tijdens de afname van het aantal coronabesmettingen aan het einde van de zomer is het regioteam slapende geworden. Eén van de initiatieven van het regioteam was om zogenoemde 'dedicated teams' op te richten. Deze teams bestaan uit eerstelijnsverloskundigen en kraamverzorgenden, die zich alleen richten op poliklinische bevallingen in het ziekenhuis zonder daarnaast in de thuispraktijk te werken. Het doel hiervan was om het aantal verplaatsingen tussen de zorglijnen zo klein mogelijk te maken. De kwaliteit en toegankelijkheid van de geboortezorg is met deze initiatieven op peil gebleven, vooral omdat alle betrokken zorgverleners veel stappen extra hebben gezet.
- Tot slot is in de regio van Acute Zorgregio Oost aan het begin van de coronapandemie een zogenoemd 'groepje geboortezorg' ontstaan. Dit groepje bestond uit de gynaecologie, eerste- en tweedelijns verloskunde, kraamzorg, het ROAZ en een ROS-adviseur. Het groepje geboortezorg overlegde zowel structureel als ad hoc. Het richtte zich onder meer op het op peil houden van toegankelijkheid, benodigde materialen en middelen, en regionaal uniform beleid. Ook deze regio noemt het grote belang van goede aansluiting bij het ROAZ tijdens de crisistijd. Daarnaast viel het op dat samenwerken in crisistijd opeens veel makkelijker ging dan voorheen, en dat bij afname van de druk samenwerking ook snel weer op een lager plan kwam te staan.

De eventuele activiteiten van landelijke geboortezorgpartijen in de eerste golf vallen buiten de scope van deze notitie.

3.2 Slechts enkele initiatieven zijn gericht op vergroten van aanbod

Van alle initiatieven die binnen geboortezorgconsortia en ROAZ'en lopen om de toegankelijkheid van de geboortezorg op korte termijn te borgen, is een klein aandeel erop gericht om de bestaande capaciteit uit te breiden. Landelijke partijen richten zich hier wel meer op.

3.2.1 Enkele regionale initiatieven zijn specifiek gericht op werving van personeel

Waar personeelstekorten bestaan, proberen organisaties deze aan te pakken door actief te werven, maar deze acties hebben door het absolute tekort aan verpleegkundigen in alle zorgsectoren slechts een beperkt effect. Voor de geboortezorg is er met name een tekort aan neonatologie- en O&G-verpleegkundigen, en kraamverzorgenden. Daarnaast kan bij een absoluut tekort het oplossen van tekorten in een regio leiden tot tekorten in een andere, vaak naastgelegen regio, een voorbeeld van het 'waterbedeffect'.

Op sommige plekken wordt geprobeerd regio-specifieke knelpunten op te lossen. Zo zijn hoge woonlasten in de regio Amsterdam voor veel werknemers in de zorg een grote belemmering. De gemeente Amsterdam heeft daarom een voorrangregeling¹⁷ voor werknemers in de zorg ingesteld om makkelijker betaalbare woonruimte te vinden.

3.2.2 Landelijke partijen spannen zich in om meer gespecialiseerd personeel opgeleid te krijgen

Verschillende landelijke partijen geven aan dat ze zich inspannen om in brede zin meer gespecialiseerde verpleegkundigen opgeleid te krijgen:

- De NVZ vertelt zich toe te leggen op hardere regionale opleidingsafspraken met afspraken over opleidingsquota. FZO-regio's¹⁸ kunnen instellingen die zich niet aan deze quota houden hierop aanspreken. Ook wil de NVZ dat het hiervoor beschikbare opleidingsgeld door de opleidingsinstellingen geormerkt wordt. Daarnaast heeft de NVZ goede ervaringen met lokale proeven met veranderingen in opleidingscultuur, waarbij gespecialiseerd personeel bijvoorbeeld niet meer 1-op-1, maar 2- of 3-op-1 wordt opgeleid.
- V&VN is in 2018 begonnen met het aanpassen van het moeder-kind-opleidingscluster¹⁹ en wil dit per 2021 implementeren. Het doel hierbij is onder andere om de opleidingen meer modulair te maken waardoor mensen sneller inzetbaar zijn en het makkelijker wordt om tussen centra te wisselen.

In de meest recente raming van het Capaciteitsorgaan²⁰ is het instroomadvies voor IC-neonatologieverpleegkundigen 105 tot 168 plaatsen per jaar. Afgezet tegen de gerealiseerde instroom (jaarlijks gemiddeld 60 in de afgelopen twee jaar) tekent zich hier een groot tekort af. In dezelfde raming is de benodigde jaarlijkse instroom van O&G-verpleegkundigen fors gedaald, mede vanwege diverse veranderingen in het model. Afgaande op deze raming worden er momenteel voldoende O&G-verpleegkundigen opgeleid om aan de toekomstige vraag te voldoen.

¹⁷ <https://www.sigra.nl/Voorrangregeling-Amsterdamse-woningen-voor-zorg-en-welzijnsprofessionals>

¹⁸ Fonds Ziekenhuisopleidingen, Nederland is opgedeeld in 9 FZO-regio's die samen opleidingsafspraken maken.

¹⁹ Zie voor meer informatie over dit opleidingscluster <https://www.czoflexlevel.nl/aan-de-slag/clusters/moeder-kind/>

²⁰ Capaciteitsorgaan – Capaciteitsplan 2020-2023 FZO-beroepen & ambulanceverpleegkundigen

4 Landelijke partijen kunnen helpen bij opschaling initiatieven

Veel geboortezorgconsortia en ROAZ'en geven aan dat landelijke partijen kunnen helpen bij het opschalen van initiatieven. Ten eerste door de verspreiding van informatie over uitdagingen en ingezette oplossingen in andere regio's te faciliteren. Daarnaast vragen regionale organisaties om meer duidelijkheid over de ruimte die bestaat voor zorginnovatie. Ze geven ten slotte aan dat het CPZ en branche- en beroepsorganisaties op landelijk niveau meer richtinggevend zouden moeten zijn voor een toekomstbestendige inrichting van de geboortezorg. Deze wens is versterkt door COVID-19.

De problemen die ten grondslag liggen aan de druk op de geboortezorg, zijn voor regionale partijen niet alleen op te lossen. In dit hoofdstuk beschrijven we de behoeftes die de regio's hebben geuit ten aanzien van de landelijke partijen in de geboortezorg.

4.1 Faciliteren van verspreiding van informatie over uitdagingen en ingezette oplossingen in andere regio's

Hoofdstuk 3 laat een lappendeken aan lokale en regionale initiatieven zien, vaak opgebouwd rond dezelfde uitdagingen. Bijna alle geïnterviewde geboortezorgconsortia en ROAZ'en zeggen graag meer te willen weten over de stand van zaken in de rest van het land, zowel wat betreft uitdagingen als ingezette oplossingen.

Wat initiatieven betreft, kan dit in de vorm van een 'marktplaats' van ideeën zijn. Het CPZ (of een andere landelijke partij) zou een platformfunctie kunnen bieden waar VSV's, geboortezorgconsortia en ROAZ'en bestaande initiatieven ontdekken. Door de mogelijkheid te bieden de initiatieven te filteren op het geadresseerde knelpunt, de doelgroep of de benodigde mensen en middelen, kunnen organisaties voor hen relevante ideeën opdoen.

Daarnaast kunnen partijen met een lopend of gepland initiatief in contact gebracht worden met partijen die vergelijkbare initiatieven hebben om ervaringen uit te wisselen, vragen beantwoord te krijgen of krachten te bundelen.

Veel geïnterviewde regionale partijen willen meer weten over op welke manier en in welke mate in andere regio's druk op de geboortezorg ervaren wordt. Dit geldt zowel voor regio's waar zelf (grote) druk ervaren wordt, als voor regio's waar het nu (nog) stilte voor de storm is. Partijen in deze laatste regio's willen weten wat ze kunnen verwachten. Daarbij vragen alle geïnterviewde

partijen zich af met welke regio's zij zichzelf het beste kunnen vergelijken, zonder dat daarbij duidelijkheid bestaat over welke parameters hierbij van belang zijn.

Geïnterviewden uit de regio's en andere landelijke partijen denken dat het CPZ de aangewezen partij is om zich meer te richten op het verspreiden van kennis over ervaren druk en gevonden oplossingen. Door een podium te bieden voor innovatieve ideeën en gevonden oplossingen, kan het CPZ regionale partijen in staat stellen elkaar te helpen.

4.2 Duidelijkheid bieden over de ruimte voor innovatieve zorgvormen

Veel lopende initiatieven om toegankelijkheid te verbeteren bestaan uit een verandering in de organisatie van zorg. Voorbeelden hiervan zijn taakherschikking binnen dezelfde lijn en verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Hiervoor zijn vaak veranderingen in medische protocollen nodig. Daarbij ontstaan bij onder meer de geboortezorgconsortia en ROAZ'en vaak vragen over de ruimte die zij hiervoor hebben op medisch-inhoudelijk, financieel en juridisch gebied.

Voor de medisch-inhoudelijke aspecten hebben geïnterviewde partijen behoefte aan duiding over wat verantwoord en gewenst beleid is. Duiding kan de vorm hebben van landelijke zorgstandaarden of richtlijnen, opgesteld door de beroepsorganisaties en/of het CPZ. Ook kunnen nieuwe werkwijzen na beoordeling door een landelijke partij als veilige best practice aangeboden en gesteund worden. Bij taakherschikking binnen dezelfde zorglijn is expliciet helderheid gewenst over wat de geëigende taken van gespecialiseerde verpleegkundigen, verloskundigen en kraamverzorgenden zijn. Met landelijke beschrijvingen opgesteld door beroepsorganisaties en/of het CPZ, kunnen zorginstellingen makkelijker beziën welke taken van gespecialiseerd, schaars personeel door andere professionals overgenomen kunnen worden.

4.3 Op landelijk niveau meer richtinggevend zijn voor een toekomstbestendige inrichting van de geboortezorg

De grote uitdagingen waar de sector voor staat, zoals structurele personeelstekorten en belemmeringen voor samenwerkingsinitiatieven, zijn veelal regio-overstijgend. Veel geïnterviewden vragen het CPZ en andere landelijke partijen daarom om op landelijk niveau meer richtinggevend te zijn in de ontwikkeling van een toekomstbestendige geboortezorg. Zij denken daarbij aan:

- Het voortouw nemen in de verdergaande samenwerking en integrale bekostiging van de geboortezorg.
- Ervoor zorgen dat de geboortezorg een duidelijke plek krijgt in de uitwerking van de recent verschenen houtskoolschets acute zorg van het ministerie van VWS.
- Het belang van de regio en de praktijk meer naar voren brengen in de formulering van landelijk beleid. Tijdens de COVID-pandemie liepen regio's er bijvoorbeeld tegenaan dat het begrip 'acute verloskunde' onvoldoende scherp gedefinieerd is. Ook liepen

geboortezorgpartijen aan tegen de onduidelijkheid die op veel plekken in het land ontstond door een gebrek aan eenheid in verschillende regio-indelingen.

- Aandacht vragen voor het afschaffen van het betalen van een eigen bijdrage voor een ziekenhuisbevalling. Dit is een vorm van financiële ontoegankelijkheid waar zwangeren uit kwetsbare groepen disproportioneel veel last van ondervinden. Bovendien kan van het moeten betalen van een eigen bijdrage een perverse prikkel uitgaan om pijnstilling te vragen bij de bevalling, omdat deze daarmee medisch wordt en deze bijdrage in dat geval niet meer betaald hoeft te worden.
- VWS vragen om er via wet- en regelgeving voor te zorgen dat verschillende IT-systemen beter onderling kunnen communiceren. Dit is onder andere nodig om beter inzicht te krijgen in de werkelijke actuele capaciteit.

Veel geïnterviewde partijen zijn van mening dat het CPZ als netwerkorganisatie tussen de verschillende partijen in de geboortezorg, hierin een belangrijke rol kan spelen. Zowel verschillende geboortezorgconsortia, ROAZ'en als landelijke branche- en beroepsorganisaties en de Patiëntenfederatie geven aan dat het samenbrengen van uiteenlopende wensen en belangen van partijen in de geboortezorg de hierbij een belangrijke taak is. De COVID-19-uitbraak heeft deze wens tot het stimuleren van domein-overstijgende samenwerking en een integrale aanpak van knelpunten alleen maar vergroot.

Daarbij wordt wel regelmatig opgemerkt dat het CPZ en andere landelijke partijen momenteel als nogal op afstand worden ervaren. Meerdere geboortezorgconsortia en ROAZ'en zeggen dat de landelijke partijen niet goed lijken te weten wat er regionaal speelt en hierdoor niet goed hun verbindende rol kunnen vervullen. Zij vinden dat landelijke partijen ten dienste van regionale partijen zouden moeten staan, maar dat dit nu nog niet altijd zo is.

5 Bijlage

Deze bijlage geeft een overzicht van de gevoerde interviews (§5.1) en de regio-indeling bij de in hoofdstukken 2 en 3 gebruikte kaartjes (§5.2).

5.1 Overzicht van de geïnterviewde organisaties en personen

Soort organisatie	Organisatie	Geïnterviewde(n)
Consortium	Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland	Jan Jaap Erwich*
Consortium	Geboortezorg Consortium Midden Nederland	Kitty Bloemenkamp
Consortium	Consortium Geboortezorg Oost	Marieke Smith*
Consortium	Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland	Joris van der Post
Consortium	Verloskundig Consortium Limburg	Marc Spaanderman
Consortium	Verloskundig Consortium Zuidoost-Brabant	Guid Oei Liezeth Drabbels Myrthe van der Ven
Consortium	Consortium Zuidwest Nederland	Interview afgewezen
Consortium	Zwangerschap en Geboorte Overijssel	Slapende
ROAZ	Acute Zorg Euregio	Anne Roos Manon Bruens (e.a.)
ROAZ	Acute Zorgnetwerk Noord Nederland	Eva Houtsma
ROAZ	Acute Zorgregio Oost	Marieke Smith*
ROAZ	Netwerk Acute Zorg Brabant	Kim Holtkamp* Christine Schepel
ROAZ	Netwerk Acute Zorg Limburg	Marc Spaanderman
ROAZ	Netwerk Acute Zorg Noordwest Nederland	Joris van der Post
ROAZ	Netwerk Acute Zorg regio West	Martijn Rhebergen
ROAZ	Netwerk Acute Zorg regio Zwolle	Gert Jan Beekhuis
ROAZ	SpoedZorgNet AMC	Corina de Groot
ROAZ	Traumacentrum Zuidwest-Nederland	Carien Eijkman Annelies de Vries*
ROAZ	Traumazorgnetwerk Midden-Nederland	Marlous Verheul
Beroepsorganisatie	KNOV	Willem-Jan Lieve
Beroepsorganisatie	NVK	Willem de Vries
Beroepsorganisatie	NVOG	Jolise Martens
Beroepsorganisatie	V&VN	Tessa Möring
Brancheorganisatie	Bo Geboortezorg	Anne Meijs Petra Boogaard
Brancheorganisatie	NVZ	Lisette Trieschnigg Nils Ellwanger
Patiëntenorganisatie	Stichting Kind en Ziekenhuis	Hester Rippen*

Tabel 1. Overzicht van geïnterviewde organisaties en personen. De met een asterisk (*) aangeduide personen zijn (ook) in de update van de notitie gesproken.

5.2 Legenda bij de kaartjes van geboortezorgconsortia en ROAZ'en



Geboortezorgconsortia



ROAZ-regio's

Geboortezorgconsortium	Nummer	ROAZ-regio
Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland	1	Acute Zorgnetwerk Noord Nederland
Consortium Zwangerschap en Geboorte Overijssel (slapende)	2	Netwerk Acute Zorg regio Zwolle
Consortium Oost: samen durven, denken & doen	3	Acute Zorg Euregio
Geboortezorg Consortium Midden Nederland	4	Acute Zorgregio Oost
Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland	5	Traumazorgnetwerk Midden Nederland
Regionaal Verloskundig Consortium Noordelijk Zuid-Holland	6	SpoedZorgNet AMC
Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland	7	Netwerk Acute Zorg Noordwest
Kenniscentrum Verloskunde Zuidoost-Brabant	8	Netwerk Acute Zorg regio West
Verloskundig Consortium Limburg	9	Traumacentrum Zuidwest-Nederland
	10	Netwerk Acute Zorg Brabant
	11	Netwerk Acute Zorg Limburg