



Evaluatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Een meta-analyse en
aanbevelingen voor de
toekomst

27 september 2021



College Perinatale Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Managementsamenvatting	6
1.1 Samenvatting van de aanbevelingen	7
1.1.1 Systematiek van de ZIG	7
1.1.2 Inhoud van de ZIG	7
1.1.3 Implementatie van de ZIG	8
2. Inleiding, aanpak en reikwijdte	10
2.1 Evaluatierapport: doel en doelgroep	10
2.2 Evaluatie van de ZIG; aanpak en reikwijdte	10
2.3 Leeswijzer	11
3. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg	12
3.1 Stuurgroepadvies 'een goed begin'	12
3.2 Oprichting College Perinatale Zorg	12
3.3 De Zorgstandaard integrale Geboortezorg (ZIG)	13
3.3.1 De visie op integrale geboortezorg	13
3.3.2 Preconceptiezorg	14
3.3.3 Prenatale zorg	14
3.3.4 Zorg rond bevalling en geboorte	14
3.3.5 Postnatale zorg	15
3.3.6 Acute zorg	15
3.3.7 Netwerkgorg	15
3.3.8 Indicatoren	16
4. Analyse rapporten geboortezorg	17
4.1 Procesevaluatie ZIG	17
4.1.1 Proces. Algemeen beeld	17
4.1.2 Levend document	18
4.1.3 Verloskundige Indicatielijst	18
4.1.4 Verplicht karakter	19
4.2 Inhoudsevaluatie ZIG	19
4.2.1 Individueel geboortezorgplan	20
4.2.2 Digitale gegevensuitwisseling	21
4.2.3 Coördinerend Zorgverlener	22
4.2.4 Multidisciplinair Overleg (MDO)	23
4.2.5 Adviesraad	24
4.2.6 Preconceptiezorg	24
4.2.7 Prenataal huisbezoek	25
4.2.8 Zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden	25
4.2.9 Leren en verbeteren	26
4.2.10 Cliëntgerichte zorg	27
4.3 Midterm review van de Strategische agenda CPZ	28
4.4 RIVM (2020). Beter Weten: een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap	31

4.5	Berenschot – in opdracht van ZiN – 2021; Samen (net) werken in de zorg: doorbreken van patronen	33
5.	Analyse van landelijke ontwikkelingen in de zorg	37
5.1	Ontwikkelingen wet- en regelgeving	37
5.1.1	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	37
5.1.2	Wet publieke gezondheid (PHB-JGZ)	37
5.1.3	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz 2018)	38
5.1.4	Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)	38
5.1.5	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens zorg (Wabvpz)	38
5.1.6	Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	38
5.2	Landelijke beleidsontwikkelingen in de zorg	40
5.2.1	Rapport ZiN en NZa: ‘Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu’	40
5.2.2	Rapport RVS: De b van bekwaam, naar een toekomstbestendige BIG, okt 2019	41
5.2.3	Visie kwaliteitsraad ZiN: ‘Samen leren en verbeteren; visie van de kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg’, 2019?	42
5.2.4	‘Zorg voor de Toekomst’ (VWS 2020)	43
5.2.5	Acute zorg binnen de geboortezorg	44
6.	Conclusies en aanbevelingen op basis van uitkomsten uitgevoerde evaluaties	46
6.1	Conclusies en aanbevelingen over de systematiek van de ZIG	46
6.2	Conclusies en aanbevelingen over inhoudelijke onderwerpen in de ZIG	47
6.3	Conclusies en aanbevelingen over de implementatie van de ZIG	52
7.	Witte vlekken	56
	Bijlage A. Bronnen en verwijzingen	57
	Bijlage B. Afkortingen en begrippen	59
	Bijlage C. Fasering Implementatieplan	61

Colofon

Dit is een uitgave van
College Perinatale Zorg
Oudlaan 4
Utrecht

Met vragen en opmerkingen kunt u terecht bij cpz@collegepz.nl

Utrecht, oktober 2021

Voorwoord

In 2016 is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) vastgesteld met doorzettingsmacht van het Zorginstituut. In 2017 is het geboortezorgveld gestart met de implementatie. Conform de opdracht in het bijbehorende implementatieplan heeft het CPZ de zorgstandaard gemonitord en geëvalueerd. Het doet ons genoegen om vijf jaar na het verschijnen van de Zorgstandaard hierbij het rapport 'Evaluatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' te presenteren. Dit rapport biedt een meta-analyse van de vele recent verschenen onderzoeken en de vele gesprekken met professionals in het veld. De analyse is langs drie lijnen uitgevoerd: inhoud, systematiek en implementatie. Uit de analyse komt een helder beeld naar voren over de stand van zaken rond de implementatie van de zorgstandaard en de knelpunten in de zorgstandaard zelf. Op basis van deze analyse worden aanbevelingen voor de toekomst gedaan.

Het CPZ ziet dat er heel veel werk is verricht door professionals in het veld. We zien regionaal, binnen VSV's, een sterkere samenwerking in en met de geboortezorg. Het is verheugend te constateren dat de positie van moeder en kind op meerdere fronten is versterkt: 'samen beslissen' in de spreekkamer en op beleidsniveau staat zowel regionaal als landelijk op de agenda. Tegelijkertijd maakt de evaluatie ook duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is. Van standaardisatie is nog geen sprake en een aantal doelen uit de zorgstandaard is nog niet gehaald. De regionale verschillen zijn groot. We constateren dat bij de invulling van integrale geboortezorg, onderdelen uit de zorgstandaard door meerdere disciplines en partijen verschillend en nog steeds vanuit het eigen perspectief en belang wordt geïnterpreteerd, zowel op landelijk als regionaal niveau. Zonder een eenduidige visie, zowel bij de landelijke partijen als in de regio, is het niet mogelijk om samenwerkingsafspraken, richtlijnen en zorgpaden vast te leggen en staan de onderlinge verhoudingen onder druk.

We concluderen ook dat er nog een groot aantal onderdelen van de ZIG niet is ingevuld omdat randvoorwaarden ontbreken om tot een invulling te komen. Wij maken ons zorgen over het feit dat de ontwikkeling en professionalisering van een aantal VSV's sterk achterblijft bij de oorspronkelijke planning en over de vraag of de financiële middelen voldoende zijn om alle taken in te vullen die VSV's in de zorgstandaard krijgen toegewezen. Ook zijn systemen in de zorg nog onvoldoende lijn- en domeinoverstijgend georganiseerd om daadwerkelijk tot integrale geboortezorg te komen. Er is dringend inzet nodig op verbetering van de gegevensuitwisseling, sturingsinformatie en passende bekostiging om de samenwerking te faciliteren.

De huidige ZIG is een verzameling van ambities, normen, richtlijnen en zorgpaden die door elkaar lopen. Met een verbeterde structuur en een focus op het doel in plaats van op vorm of middelen, moet het veld een sterk verbeterd instrument aangereikt krijgen. Ook moet in een volgende versie preventie, sociale verloskunde en samenwerking met het sociale domein beter verankerd worden. Wij realiseren ons terdege dat de doorontwikkeling en de implementatie van de Zorgstandaard geen sinecure is. Een gedragen, toekomstgerichte Zorgstandaard is het fundament voor de doorontwikkeling van integrale geboortezorg. Het vraagt van alle partijen om over de schaduw van de eigen belangen heen te stappen en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen.

Dit rapport wordt aangeboden aan het Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS. Wij hopen dat dit rapport een waardevolle bijdrage kan leveren aan het proces van de versnellingsaanpak dat VWS heeft geïnitieerd naar aanleiding van het RIVM rapport 'Beter weten, een beter begin'.

Wij danken alle partijen voor de constructieve bijdrage aan deze evaluatie.
Namens het Bestuur College Perinatale Zorg

Geri Bonhof, Voorzitter

1. Managementsamenvatting

In de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) uit 2016 wordt de basiszorg beschreven die elke (aanstaande) zwangere of kraamvrouw aangeboden zou moeten krijgen. In het bijbehorende implementatieplan is beschreven dat de ZIG en de implementatie ervan gemonitord en geëvalueerd moet worden. Het resultaat van deze ZIG-evaluatie is vastgelegd in dit rapport.

Dit rapport biedt een meta-analyse van een groot aantal recente evaluaties van deelaspecten van de ZIG en de implementatie van de ZIG. Uit de analyse komt een helder beeld naar voren over de huidige stand van zaken rond de Zorgstandaard, de ervaren vraagstukken en knelpunten die de (implementatie van de) Zorgstandaard met zich meebrengt en de voortgang van de implementatie van standaard. Het CPZ heeft de meta-analyse uitgevoerd langs de lijnen van inhoud, systematiek en implementatie van de ZIG.

Uit de evaluatie blijkt dat het veld vele stappen heeft gezet en grote delen van de zorgstandaard met succes heeft geïmplementeerd. Ook is echter gebleken dat een aantal elementen van de Zorgstandaard ofwel niet te implementeren ofwel onuitvoerbaar was. De evaluaties bevestigen dat factoren van zowel binnen als buiten de geboortezorg van invloed zijn op het complexe netwerk van de integrale geboortezorg. Verschillende randvoorwaarden die nodig zijn om de ZIG te kunnen implementeren (o.a. sturingsinformatie, gegevensuitwisseling, organisatie, bekostiging) zijn vijf jaar na introductie van de ZIG nog niet op orde. Bovendien is het Nederlandse zorgsysteem niet ingericht op of faciliterend aan domeinoverstijgende integrale zorg.

Ook is helder gebleken dat voor een succesvol vervolg van de implementatie de tijd van vrijblijvendheid voorbij moet zijn. Goede wil alleen is niet genoeg. Er moet een grotere rol voor toezicht en handhaving komen. Handhaving moet dan echter wél mogelijk zijn. De noodzaak van de totstandkoming van de eerdergenoemde randvoorwaarden en meetbare data blijkt evident.

Het denken over kwaliteitskaders en het gebruik van deze kaders in de praktijk heeft tot nieuwe inzichten geleid die vragen om herijking van ZIG. Vele rapporten indiceren dat alle VSV's weliswaar een start hebben gemaakt met de implementatie van de ZIG, maar dat er eveneens sprake is van een grote variatie in de mate van implementatie. De randvoorwaarden zijn niet op orde, ook is er niet overal sprake van een gedeelde visie op zorg en vertrouwen in de samenwerking. Dit vraagt aandacht van de sector.

Op diverse terreinen wordt de invulling van integrale geboortezorg en elementen uit de zorgstandaard door verschillende disciplines en partijen uiteenlopend en nog steeds vanuit het eigen perspectief en belang geïnterpreteerd, zowel op landelijk als regionaal niveau. Het is daarom nodig dat alle stakeholders in de geboortezorg over hun schaduw van eigen belangen heen stappen en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen.

De uitkomsten van dit rapport geven richting aan de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en de verdere implementatie van de integrale geboortezorg, conform de kaders van de standaard. We schetsen in deze samenvatting graag de belangrijkste aanbevelingen voor de toekomst.

1.1 Samenvatting van de aanbevelingen

Op basis van de uitgevoerde meta-evaluatie zijn onderstaande adviezen, opgedeeld in de systematiek, de inhoud en de implementatie van de ZIG, opgesteld:

1.1.1 Systematiek van de ZIG

1. Creëer een nieuwe structuur in de ZIG met een helder onderscheid in landelijke veldnormen, landelijke geboortezorgrichtlijnen en regionale zorgpaden

De huidige ZIG is een verzameling van ambities, normen, richtlijnen en zorgpaden. Het onderscheid tussen verschillende niveaus is niet gestructureerd en niet altijd helder. De ZIG zal een landelijk kwaliteitskader moeten worden, dat beschrijft welke landelijke veldnormen nagestreefd moeten worden in de geboortezorg, maar dat niet (in alle detail) voorschrijft hoe in de regio's deze veldnormen behaald moeten worden.

2. Zorg voor overzicht en coördinatie van de doorontwikkeling van landelijke integrale geboortezorgrichtlijnen en hanteer een flexibele systematiek

In diverse onderzoeken is aanbevolen om de ontwikkeling van landelijke geboortezorgrichtlijnen centraal te borgen en betere en snellere verbinding te leggen tussen onderzoek, zorgbeleid en praktijk.

3. Stel samenwerkingsafspraken op basis van competentie, met een heldere stem voor cliënt

Het is van belang de samenwerkingsafspraken uit de Verloskundig Indicatielijst van 2003 te moderniseren, met hierin een duidelijkere stem voor de cliënt. Met het oog op zorgverschuiving, duurzaamheid en haalbaarheid moeten competenties en benodigde faciliteiten (anders dan voorheen functie) een belangrijke rol hebben.

1.1.2 Inhoud van de ZIG

1. Van vorm naar doel

In de ZIG moeten meerdere onderwerpen inhoudelijk aangepast worden naar aanleiding van de ontwikkelingen. We denken hierbij aan de onderwerpen: digitale gegevensuitwisseling, coördinerend zorgverlener, cliëntenparticipatie, het interprofessionele geboortezorgteam, het MDO en waardegedreven zorg. In het algemeen zal in de ZIG de focus verlegd moeten worden van vorm naar beoogde doelen.

2. Expliciteer de zorgvisie op integrale geboortezorg

Het blijkt dat de ontwikkeling van integrale samenwerking vooral begint bij de *wil* om vanuit het integrale perspectief de beste zorg te bieden aan moeder, kind en gezin. Een gezamenlijke zorgvisie is daarvoor het fundament. Het is daarvoor belangrijk dat verder geëxpliciteerd wordt wat onder integrale geboortezorg verstaan wordt in de ZIG en dat daarnaar gehandeld wordt in het veld, op landelijk, regionaal en individueel niveau.

3. Laat de stem van de client nog luider meeklinken

Ondanks het feit dat op het gebied van 'samen beslissen' en 'cliëntparticipatie' grote stappen zijn gemaakt, zijn er nog veel stappen te maken zowel in de spreekkamer, op regionaal als landelijk niveau. Er zijn nog te veel VSV's die worstelen met de dwingende vormen van een adviesraad die de huidige ZIG voorschrijft als het gaat om cliëntenparticipatie. De evaluatie maakt duidelijk dat dat een formulering over het doel van cliëntenparticipatie in VSV-beleid leidend moet zijn en niet de vorm waarin dit doel bereikt moet worden.

Van belang is dat de cliënte in haar gehele zorgtraject eenduidige voorlichting op maat ontvangt. Zo zal het individueel geboortezorgplan niet alleen over de bevalling moeten gaan, maar het gehele zorgtraject van (aanstaande) zwangerschap, bevalling en kraamperiode bestrijken. VSV's kunnen ook vaker gezamenlijke, eenduidige voorlichting geven en monitoren wat daarbij de ervaringen van de client zijn met de zorg die zij heeft ontvangen zijn.

4. Preconceptiezorg: maak helder wie welke verantwoordelijkheid heeft om te verwijzen voor preconceptiezorg

De ZIG is gericht op zorgverleners in de geboortezorg. In de ZIG staat dat VSV's een preconceptieconsult moeten aanbieden. Echter, om de toekomstige zwangeren te bereiken zijn zorgverleners in de geboortezorg afhankelijk van derden. Goede domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken zijn nodig die voor een deel verankerd zullen moeten worden in de ZIG.

5. Verbinding medisch -sociaal domein moet verder versterkt en geborgd worden

Uit de evaluatie blijkt dat de aansluiting tussen medisch- en sociaal domein voor zwangeren in sociaal kwetsbare situaties nog niet op orde is. Voor een zo goed mogelijke zwangerschapsuitkomst en zo laag mogelijke vermijdbare perinatale mortaliteit is verbinding van de geboortezorg met de JGZ en het sociaal domein essentieel. Het streven is om de (aanstaande) zwangeren in kwetsbare situaties eerder te signaleren en te voorzien van de juiste zorg en/of begeleiding o.a. door de JGZ. Expliciteer in de ZIG de inspanningsverplichting om zowel met het sociaal domein als de JGZ samen te werken.

1.1.3 Implementatie van de ZIG

1. De vrijblijvendheid voorbij

Het is zaak door te pakken met de implementatie van de ZIG want de vrijblijvendheid is voorbij. Goede wil alleen is echter niet genoeg. Er moet daarom ook doorgepakt worden op zaken die essentieel zijn voor de implementatie van de ZIG. Er moet een grotere rol voor toezicht en handhaving komen. Handhaving moet dan echter wél mogelijk zijn. De noodzaak van de totstandkoming van de eerdergenoemde randvoorwaarden en meetbare data blijkt evident.

2. Professionalisering geboortezorgnetwerken is nodig

Uit de evaluaties blijkt dat de ontwikkeling en professionalisering van VSV's sterk achterblijft bij de oorspronkelijke planning. Inzet op professionalisering van de VSV's is nodig: adequate, gestructureerde ondersteuning van VSV's in hun ontwikkeling naar professionele, effectieve geboortezorgnetwerken. Om te kunnen professionaliseren zijn er randvoorwaarden, zowel financieel als bijvoorbeeld op het gebied van organisatie en zorgvisie, die nog niet op orde zijn. Realisatie van deze randvoorwaarden vraagt aandacht.

3. Randvoorwaarden als ICT-systemen, financiën en mankracht moeten op orde worden gemaakt: met goede wil alleen is de ZIG niet te implementeren

Er is inzet op randvoorwaarden nodig: passende bekostiging, digitalisering, gegevensuitwisseling, mankracht, sturingsinformatie. Ook zijn systemen en randvoorwaarden in de zorg nog niet afdoende lijn- en domeinoverstijgend en integraal georganiseerd voor integrale geboortezorg. Dit zijn fundamentele knelpunten die de volledige implementatie van de ZIG hinderen. Verwachtingen t.a.v. snelheid en haalbaarheid van volledige implementatie van de ZIG en doorontwikkeling van de ZIG moeten hierop aansluiten.

4. Maak binnen het geboortezorg kwaliteitsbeleid duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is

Het kwaliteitsbeleid in de sector moet versterkt worden door met elkaar af te spreken wat op landelijke tafels ligt, wat op regionale tafels en wat bij de individuele zorgverlener.

5. Leren en verbeteren: monitoring en leren van elkaar

Voor leren en verbeteren is transparantie en normering en benchmark nodig. Op dit moment is op geen enkele fase de dataflow voor kwaliteitsverbetering in de geboortezorg en doorontwikkeling van de ZIG echt op orde. Een van de gevolge hiervan is dat een impactanalyse van de ZIG daardoor niet mogelijk is geweest. Er moet sterker ingestoken worden op meer standaardisering en normering met ruimte voor couleur locale, zodat in het veld van elkaar geleerd kan worden. Daarnaast is inzet op snelle ontwikkeling van sturingsinformatie op landelijk en regionaal niveau cruciaal. Het gaat dan om sturingsinformatie die breder is dan de set uitkomstindicatoren voor ZiN. Daarbij valt te denken aan cliëntenervaringen, procesindicatoren, maar ook capaciteit etc., maar ook over managementinformatie

6. Bewaak de kwaliteit en veiligheid van de acute geboortezorg

Acute geboortezorg moet 24/7 bereikbaar en beschikbaar blijven. Vanuit de landelijke politiek komen ontwikkelingen op de geboortezorg af met betrekking tot de acute zorg. Van belang is dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid voor veilige zorg geborgd moeten worden. Bij herinrichting van het (acute) zorglandschap, waarbinnen ook de geboortezorg, moet oog zijn voor de cascade effecten en de arbeidsmarktdynamiek.

7. Bevorder en bewaak de haalbaarheid van de implementatie van de ZIG

Uit de evaluatie blijkt dat in de ZIG meerdere activiteiten beschreven staan die niet altijd goed uitvoerbaar blijken voor zorgverleners. Redenen hiervoor zijn wet- en regelgeving, onduidelijkheid over de elementen zelf hoe de in- en uitvoering van de ZIG-elementen bekostigd moeten worden en afhankelijkheid van derden en het ontbreken van zicht op en het op orde zijn van randvoorwaarden. Het is belangrijk dat bij herijking van de ZIG voldoende oog is voor de uitvoerbaarheid van alle elementen.

2. Inleiding, aanpak en reikwijdte

2.1 Evaluatierapport: doel en doelgroep

In de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (hierna: ZIG) wordt de basiszorg beschreven die elke (aanstaande) zwangere of kraamvrouw aangeboden zou moeten krijgen. Het College Perinatale Zorg (CPZ) heeft de landelijke geboortezorgpartijen¹ ondersteund in de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard. De ZIG is op 30 juni 2016 door het Zorginstituut, die hierbij gebruik heeft gemaakt van zijn doorzettingsmacht, vastgesteld en opgenomen in het Register². Ter ondersteuning van de praktische implementatie van de standaard hebben de landelijke geboortezorgpartijen in CPZ-verband het 'Implementatieplan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' ontwikkeld, evenals een voor cliënten toegankelijker versie van de zorgstandaard. In 2017 is de geboortezorg gestart met de implementatie van de ZIG.

In het implementatieplan van de ZIG staat beschreven dat de ZIG gemonitord en geëvalueerd moet worden. Het resultaat van deze ZIG-evaluatieopdracht is vastgelegd in dit rapport.

Omdat recentelijk vele evaluaties op het terrein van de integrale geboortezorg hebben plaatsgevonden, direct dan wel indirect, heeft het CPZ de verschillende opgedane inzichten en uitkomsten van voor de ZIG relevante analyses gebundeld in deze rapportage. De meta-analyse biedt inzicht in de factoren die stimulerend of belemmerend hebben gewerkt bij de in- en uitvoering van deze zorgstandaard in de praktijk en een basis voor doorontwikkeling van de ZIG. Op basis van de uitkomsten worden aanbevelingen gedaan voor verbeteringen van de ZIG en het bevorderen van de uitvoering van de ZIG in de praktijk.

2.2 Evaluatie van de ZIG; aanpak en reikwijdte

In de ZIG uit 2016 is vastgelegd dat één jaar na de inwerkingtreding van de ZIG het CPZ een evaluatie van best practices zou uitvoeren. Dit is toen niet gebeurd in overleg met de landelijke geboortezorgpartijen, omdat de tijdsspanne tussen introductie en evaluatie te kort was. Het veld was amper begonnen aan de implementatie.

In het implementatieplan van de ZIG wordt aangegeven dat het CPZ de vorderingen van de implementatie van de ZIG jaarlijks monitort en ondersteuning biedt waar behoefte is. Dit doet het CPZ middels o.a. de openbare indicatoren en een jaarlijkse belronde met de VSV's. Samen met partijen als VWS, ZiN, ZonMw, RIVM, NZa en IGJ zou het CPZ zowel voor de evaluatie van het proces van implementatie als de evaluatie van de toepassing van Zorgstandaard onderzoek(en) laten uitvoeren door onafhankelijke onderzoeksinstituten(en).

Gekozen is voor een meta-analyse van o.a. onderzoeken die zijn uitgevoerd door onafhankelijke bureaus in opdracht van ZiN, VWS en NZA etc., waarbij de uitkomst van de evaluatie zich richt op de inhoud en systematiek van de ZIG en op randvoorwaarden voor de invoering van de ZIG. Zoals eerder is aangegeven, zijn er sinds de introductie van de ZIG diverse onderzoeken uitgevoerd waarin onderdelen van de ZIG aan bod kwamen. De onderzoeken overlappen elkaar deels. In dit

¹ Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars

² <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/integrale-geboortezorg-zorgstandaard>

evaluatierapport worden de uitkomsten van de relevantste onderzoeken gebruikt en in samenhang gebracht.

In het destijds opgestelde implementatieplan (waarmee alle geboortezorgpartijen een fasegewijze implementatie omarmden) is o.a. een impactevaluatie geadviseerd. Dit advies blijft ten volle staan maar is nu nog niet mogelijk omdat de ZIG nog niet volledig is geïmplementeerd. Bestudering van data en rapporten bevestigde dat het voor een impactanalyse nog te vroeg is. De effecten van toepassing van de ZIG zijn tot dusver nauwelijks gemeten, de data om dit goed te kunnen doen ontbreken.

Onze rapportage betreft daarom een proces- en inhoudsevaluatie. Met de uitkomsten worden aanbevelingen gedaan voor verbeteringen van de ZIG en het bevorderen van in- en uitvoering van de ZIG in de praktijk.

2.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de doelen die met de ZIG werden beoogd en de inhoud van de ZIG. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 van dit rapport ingegaan op de resultaten van uiteenlopende evaluaties en onderzoeken over de geboortezorg, die impact hebben op de inhoud van de ZIG, en/of op de systematiek van de ZIG en/of op de implementatie van de ZIG.

In hoofdstuk 5 wordt kort ingegaan op relevante wetswijzigingen en landelijke beleidsontwikkelingen (overheid en branches) die direct dan wel indirect relevant zijn voor de doorontwikkeling van de ZIG. In hoofdstuk 6 beschrijven we de conclusies en de aanbevelingen om tot een doorontwikkeling van de ZIG te komen.

3. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

3.1 Stuurgroepadvies ‘een goed begin’

Voor de achtergrond van de totstandkoming van de ZIG moeten we terug naar 2008. Naar aanleiding van verontrustende cijfers over de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland (sterfte in de zwangerschap of rond de geboorte) stelde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte in. Het ministerie van VWS gaf deze stuurgroep opdracht om een advies uit te brengen over maatregelen die zouden kunnen bijdragen aan een substantiële vermindering van de perinatale mortaliteit en morbiditeit in Nederland. Hiervoor werd de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte opgericht, onder voorzitterschap van prof. dr. Koos van der Velden. Alle landelijke geboortezorgpartijen³ hadden hierin zitting.

Deze stuurgroep bracht in 2009 het advies *Een goed begin*⁴ uit over de inrichting van de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland. De drie hoofddoelen die volgens de stuurgroep behaald moesten worden waren:

- Het halveren van vermijdbare babysterfte.
- Het voorkomen van onnodige morbiditeit.
- Het verbeteren van de kwaliteit van zorg door het versterken van de samenhang en communicatie tussen partijen in de geboortezorg.

3.2 Oprichting College Perinatale Zorg

Een van de adviezen van de stuurgroep betrof het oprichten van een college om richting te geven aan de uitvoering van het Stuurgroepadvies. Daarop hebben Bo Geboortezorg⁵, KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland⁶ en Zorgverzekeraars Nederland, in 2011 het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht.

Het CPZ werd opgericht om het geboortezorgveld te ondersteunen in de ontwikkeling richting integrale geboortezorg. Het doel van integrale geboortezorg werd beschreven als “het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak, waarbij door een periodieke evaluatie van de uitkomsten en cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden.”⁷

³ KNOV, NVOG, LHV en VVAH, NVK, NVA, ActiZ, BTN, NVZ, ZN, Kind en Ziekenhuis, NPCF.

⁴ Stuurgroep zwangerschap en geboorte; J. van der Velden et al. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*.

⁵ Destijds ActiZ

⁶ Destijds NPCF

⁷ College Perinatale Zorg, expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. (2020). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.2*.

3.3 De Zorgstandaard integrale Geboortezorg (ZIG)

De ZIG beschrijft primair wat we in Nederland verstaan onder goede basiszorg die elke (aanstaande) zwangere of kraamvrouw behoort te krijgen. Deze beschrijving is gebaseerd op alle geldende richtlijnen in de geboortezorg en de inzichten van de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties van de geboortezorg. Uitgangspunt is dat de (aanstaande) zwangere of kraamvrouw centraal staat binnen de geboortezorg vanuit een integrale, multidisciplinaire aanpak.

De ZIG is het kwaliteitskader (gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, etc.) waaraan de geboortezorg zowel inhoudelijk als organisatorisch binnen de regionale samenwerking moet voldoen. De ZIG is niet vrijblijvend. Opname van de standaard in het kwaliteitsregister heeft als consequenties dat alle bij de geboortezorg betrokken partijen een verplichting hebben om de standaard te implementeren en dat deze partijen de mogelijkheid wordt geboden om de kwaliteit van zorg conform deze standaard te monitoren.

De landelijke geboortezorgpartijen hebben indertijd afgesproken dat de zorgstandaard ook onderhouden moet worden. Hiervoor is de werkgroep Actualisatie ZIG opgericht en hebben de Patiëntenfederatie Nederland Federatie van VSV's, NVK, Bo Geboortezorg, KNOV en de NVOG, zitting. Deze werkgroep beoordeelt periodiek of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is en neemt dit ter hand.

Het implementatieplan – uit 2017 – beschrijft hoe de Verloskundig Samenwerkings Verbanden (hierna: VSV's) de ZIG konden implementeren en de wijze waarlangs het CPZ en de cliëntenorganisatie, brancheorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen de implementatie van de ZIG zouden gaan bevorderen.

De ZIG is opgebouwd uit meerdere hoofdstukken waarin, naast de basiszorg, ook ambities worden beschreven hoe deze zorg te bereiken. In onderstaande beknopte samenvatting van de ZIG worden ook deze ambities weergegeven.

3.3.1 De visie op integrale geboortezorg

In de zorgstandaard wordt de integrale geboortezorg beschreven als '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, waarbij door een constante evaluatie van de uitkomsten én cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden. Voorwaarde hiervoor is dat 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.

Om de visie op integrale geboortezorg te kunnen concretiseren beschrijft de ZIG de onderstaande uitgangspunten:

- Zwangere en (ongeboren) kind centraal.
- Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent.
- Adequate voorlichting en counseling.
- Gebruik van een individueel geboortezorgplan.

- Inzet van een coördinerend zorgverlener.
- Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking.
- Een interprofessioneel geboortezorgteam.
- Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden.

3.3.2 Preconceptiezorg

Preconceptiezorg wordt beschreven als 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 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. We maken onderscheid tussen collectieve en individuele preconceptiezorg.

Middelen om preconceptiezorg aan te bieden zijn het algemeen individueel preconceptieconsult en zo nodig het specialistisch individuele preconceptieconsult. De inhoud van en verantwoordelijkheden rondom de individuele preconceptiezorg zijn in 2018 vastgesteld in de Preconceptie Indicatielijst (PIL). De inhoud zal periodiek worden herzien en aangepast naar nieuwe inzichten.

3.3.3 Prenatale zorg

De ZIG geeft een helder overzicht van het inhoudelijke prenatale zorgaanbod voor een zwangere. Het betreft primair de prenatale basiszorg die iedere zwangere aangeboden behoort te krijgen. In deze fase vindt bijvoorbeeld het integrale prenatale huisbezoek plaats. Er worden ook een aantal gedetailleerde modules beschreven ter ondersteuning van de zorgverlener met als doel de cliënt passende zorg te geven rondom de thema's stoppen met roken, voeding, bewegen en zelfmanagement van de cliënte.

Naast ambities wordt ook een opdracht gegeven aan het geboortezorgveld: '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'.

3.3.4 Zorg rond bevalling en geboorte

De inhoudelijke zorg en begeleiding bij de bevalling en geboorte die zijn beschreven in de ZIG betreft primair de natale basiszorg die een barendende en de pasgeborene aangeboden behoren te krijgen bij een naar verwachting normale bevalling. Enkele ambities die rond de bevalling en geboorte beschreven worden zijn de volgende:

- 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. 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.
- Iedere vrouw is tijdens de zwangerschap geïnformeerd over het omgaan met pijn tijdens de baring en de mogelijkheden van (medicamenteuze) pijnbehandeling.
- Naast medische indicaties zijn er criteria vastgesteld voor een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum op basis van een sociale en/of geografische indicatie.

3.3.5 Postnatale zorg

De zorg en begeleiding na de bevalling en geboorte is in de ZIG fasegewijs beschreven. Het betreft primair de zorg die een kraamvrouw en de pasgeborene aangeboden behoren te krijgen ongeacht het verloop van de baring. Ambities die beschreven worden zijn de volgende:

- De kraamverzorgende en de verloskundig zorgverlener dragen de informatie uit de zwangerschap en de kraamperiode over aan de JGZ.
- Er zijn regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgprofessionals in de geboortezorg en andere relevante hulpverleners opgesteld.

3.3.6 Acute zorg

De ZIG gaat ervan uit dat elke zwangere in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week moet kunnen rekenen op goede en de juiste zorg. Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt een situatie verstaan waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Dit 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. De ZIG benoemt een drietal essentiële condities:

- Alerte zwangere, alerte zorgverlener.
- 24/7 start behandeling binnen aanvaardbare tijd: spoedeisende hulp moet binnen 45 minuten bereikt kunnen worden.
- Met één telefoontje moeten parallelle acties in gang kunnen worden gezet.

3.3.7 Netwerkgzorg

De samenwerkingsstructuur beoogt kwalitatief goede en integrale geboortezorg voor de zwangere te faciliteren. In paragraaf 3.3.1 is daar al een aantal elementen van benoemd. Uiteraard wordt in de ZIG ook aandacht besteed aan de structuur van de samenwerking:

- Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), dat functioneert als een regionaal besluitvormend netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorgprofessionals gezamenlijk het (kwaliteits-)beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen en multidisciplinair en lijnoverstijgend samenwerken.
- Een interprofessioneel geboortezorgteam dat bestaat uit de zorgverleners die bij de zorg voor een individuele zwangere betrokken zijn.
- Een Perinataal webbased dossier als belangrijk middel om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de perinatale zorg te verbeteren.
- Competente, respectvolle en empathische, betaalbare en toegankelijke geboortezorg beschikbaar voor elke zwangere in Nederland is.
- Kwaliteitsbeleid in de vorm van audits, benchmarking, deskundigheidsbevordering en ontwikkeling kwaliteitsstandaarden.
- In de ZIG worden de doelen op het gebied van cliëntgericht beleid in algemene zin beschreven.

3.3.8 Indicatoren

Cyclisch werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg is een belangrijke doelstelling van de ZIG. Inzicht in de mate van kwaliteit is daarvoor noodzakelijk. Dit inzicht ontstaat door elementen van het proces, de structuur van zorg en de uitkomsten te meten. Met de Perinatale Registratie (Perined) en het gebruik van de kwaliteitsindicatoren kan de zorg geëvalueerd worden en daarna verbeterd worden. 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. De ZIG beschrijft dat voor het meten en borgen van integrale geboortezorg in Nederland ook procesindicatoren nodig zijn.

De ZIG wordt omschreven als een levend document. Het CPZ ⁸ 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.

⁸ Het CPZ voert de regie en faciliteert het proces en de geboortezorgpartijen bepalen de inhoud in de werkgroep Actualisatie ZIG van het CPZ.

4. Analyse rapporten geboortezorg

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de verschillende onderzoeken en bevindingen die relevant zijn voor de evaluatie van de ZIG. Elk onderzoek wordt kort beschreven waarna de punten uit het betreffende onderzoek die van belang zijn op de doorontwikkeling en implementatie van de ZIG worden uitgelicht. Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee delen: het eerste deel richt zich op de procesevaluatie van de ZIG, het tweede deel op de inhoudsevaluatie van de ZIG. In hoofdstuk 6 worden alle punten samengevat en volgt de conclusie.

4.1 Procesevaluatie ZIG

Schenau heeft in 2020 - onder begeleiding van de Universiteit Twente - onderzoek gedaan naar de mate waarin de implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is gegaan zoals beoogd in het implementatieplan⁹. Hierbij is onderzocht of het proces van de implementatie in voldoende mate is uitgevoerd (proces) conform dit plan en of de onderdelen van de ZIG zelf (inhoud) in voldoende mate zijn geïmplementeerd.

Het onderzoek van Schenau biedt veel relevante aanknopingspunten voor de evaluatie van de ZIG. We interpreteren de observaties echter in het licht van de stand van vandaag en de constatering dat de gehanteerde fasen in het implementatieplan niet geheel realistisch bleken. Een aantal zaken was bij de introductie (en ook nu nog niet) randvoorwaardelijk op orde waardoor het simpelweg niet goed en/of op tijd lukte de ZIG in alle facetten te implementeren. De geboortezorg heeft de implementatie van de ZIG, binnen haar mogelijkheden, wel ter hand genomen en voortgang hiermee gemaakt.

In onderstaande paragrafen benoemen we de waardevolle observaties die we, bovenstaande indachtig, uit het onderzoek van Schenau halen. Daar waar mogelijk hebben we gebruikt gemaakt van actuelere bevindingen uit onze jaarlijkse belronde, de openbare dataset indicatoren integrale geboortezorg van het ZiN en aanvullend deskresearch.

4.1.1 Proces. Algemeen beeld

Volgens het implementatieplan zou de zorgstandaard op 1 januari 2020 volledig moeten zijn geïmplementeerd, maar dat is slechts een gedeelte van de VSV's gelukt. O.a. het ontbreken van een aantal randvoorwaarden, zoals een goede en integrale digitale gegevensdeling, heeft geleid tot vertraging. VSV's zijn over het algemeen goed op weg, maar er zijn grote verschillen in de al uitgevoerde activiteiten. Dit beeld wordt door meerdere bronnen (de 'belronde met VSV's'¹⁰, de landelijke set indicatoren integrale geboortezorg, de interviews en de deskresearch, maar ook bijvoorbeeld in het Berenschot-rapport¹¹, 'Samen (net) werken in de zorg') bevestigd. De mate van implementatie hangt af van een groot aantal factoren: VSV's kampen in een aantal gevallen met vertrouwensissues binnen het VSV, maar noemen vaker het gebrek aan implementatiecapaciteit en betaalde mankracht.

⁹ Implementation of integrated birth care policy in the Netherlands, a process evaluation, masterthesis. December 13, 2020

¹⁰ CPZ onderhoudt contact met de VSV's in Nederland in 'de jaarlijkse belronde met VSV's'.

¹¹ Dit rapport wordt verder uiteengezet in par. 4.5

De landelijke partijen hebben geparticipeerd in de implementatie van de ZIG. Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek van Schenau dat de landelijke partijen ervan uitgingen dat de verantwoordelijkheid voor de implementatie vooral bij het CPZ lag. Hierdoor is op het vlak van onderlinge informatie-uitwisseling, het ondersteunen en stimuleren van de eigen leden, het agenderen van multidisciplinaire trainingen en het bijdragen aan de ontwikkeling van integrale richtlijnen, nog wel ruimte voor verbetering. Het CPZ heeft binnen zijn mogelijkheden een breed arsenaal aan hulpmiddelen ontwikkeld en ter beschikking gesteld aan het veld, waaronder het immer groeiende Kennisnetgeboortezorg.nl, een implementatietool voor de ZIG en webinars, themasessies en toolkits op deelonderwerpen.

Verschillende onderzoeken (Berenschot, CPZ-belronde, Consortia, RIVM) laten zien dat over de gehele linie zowel de VSV's als de landelijke geboortezorgpartijen de meerwaarde van de ZIG zien, als een stimulans om de zorg te verbeteren, een middel om tot meer uniformiteit en standaardisering te komen en als een stimulans om meer integraal samen te werken.

Uit meerdere evaluaties bleek dat er wordt geworsteld met de invoering van een aantal thema's, zoals de coördinerend zorgverlener, de instelling van een moederraad en met het bespreken van zwangeren in het multidisciplinair overleg. Dit beeld werd bevestigd tijdens een bijeenkomst met VSV-besturen in mei 2020¹², het Berenschot-rapport en de CPZ-belronde. Men geeft aan dat de (te) strakke formulering van deze onderwerpen in de ZIG leidt tot bureaucratie en een grote administratieve last. Het breed gedragen verzoek voor de doorontwikkeling van de ZIG is pragmatisme: focus op de doelen die worden nagestreefd in plaats van de strakke focus op hoe de activiteiten ontplooid dienen te worden.

4.1.2 Levend document

In de Zorgstandaard is benadrukt dat deze standaard een levend document is. De werkgroep Actualisatie ZIG¹³ heeft inmiddels in een addendum nieuwe regelgeving, naamgevingen, richtlijnen (o.a. de Preconceptie Indicatielijst (PIL)) en voorlichtingsmateriaal verwerkt. Om de ZIG een levend document te laten zijn is een aanpassing in de systematiek, de opbouw en de verschijningsvorm nodig. Schenau merkt al op "Bij voortschrijdende inzichten en gewijzigde regelgeving is het aan te raden deze ook sneller daadwerkelijk in het document van de ZIG aan te passen." Dit vraagt aandacht bij de doorontwikkeling van de ZIG.

4.1.3 Verloskundige Indicatielijst

In de ZIG staat een opdracht over de VIL aan het geboortezorgveld omschreven. De opdracht houdt in dat 'in de toekomst de VIL door de betrokken beroepsgroepen stapsgewijs zal worden omgevormd naar samenwerkingsafspraken ondersteunend aan de zorgstandaard en waarbij zo mogelijk multidisciplinaire richtlijnen als basis dienen voor de zorgpaden op lokaal niveau'.

In de Verloskundige Indicatielijst (VIL 2003) zijn samenwerkingsafspraken over wie welke zorg verleent beschreven. De VIL is opgezet als een hulpmiddel om de risicoselectie in goede banen te leiden. In de Verloskundige Indicatielijst zijn diverse verloskundige en medische aandoeningen en

¹² VSV bestuurdersbijeenkomst, digitaal, 28 mei 2020

¹³ Bestaande uit: Deelnemende CPZ partijen en de Federatie van VSV's. Op onderwerp adviseurs van relevante organisaties op basis van hun expertise en/of gebruikersperspectief (tijdelijk) toegevoegd. / Methodologische deskundigen op het gebied van richtlijn/ standaardontwikkeling

ziektebeelden vermeld. Bij iedere indicatie is aangegeven wie de meest aangewezen verloskundige zorgverlener is.

De huidige VIL is uit 2003. Uit meerdere evaluaties blijkt dat een meer passende set samenwerkingsafspraken nodig is. De CPZ deelnemende partijen hebben in 2020 al een traject afgerond met de vraag hoe het proces eruit gaat zien om tot passende samenwerkingsafspraken te komen. In 2021 is onder regie van het CPZ gestart met een expertadviesgroep die adviseert hoe de samenwerkingsafspraken van de toekomst er het beste uit kunnen zien. Uitgangspunt hierbij is dat regionale verschillen kunnen en mogen bestaan maar dat tegelijkertijd binnen alle VSV's kwalitatief gelijkwaardige zorg geboden wordt. Daarnaast zou de stem van de cliënt luider moeten meeklinken en meer ruimte geboden moeten worden voor zorg op maat. In deze nieuwe afspraken set zou competentie (anders dan functie) een belangrijke rol moeten spelen.

4.1.4 Verplicht karakter

De ZIG is in 2016 opgenomen in het landelijk kwaliteitsregister en heeft daarmee een verplicht karakter. Toch bleek uit een verkenning met de Consortia¹⁴ en uit de belronde dat in de veelheid van zaken die moeten gebeuren, deze verplichting nog niet overal zo gevoeld wordt. Dit beeld komt ook naar voren uit de midterm review¹⁵.

Dat nog niet helder is wie waarop kan worden aangesproken draagt bij aan de ervaren vrijblijvendheid. Het Toetsingskader 'Integrale Geboortezorg'¹⁶, dat de Inspectie Gezondheid en Jeugd in maart 2020 heeft gepubliceerd, een kader voor het toezicht op de integrale geboortezorg en in het bijzonder het in kaart brengen van de voortgang van de implementatie van de ZIG, gaat hierbij helpen. De Inspectie wil met haar toezicht goede integrale geboortezorg bevorderen, de implementatie van de ZIG stimuleren en een bijdrage leveren aan de vorming van beleid ten behoeve van de verbetering van de integrale geboortezorg. Zij doet dit door aan de hand van dit toetsingskader in beeld te brengen in hoeverre de VSV's hun rol oppakken en de aan de VSV's deelnemende partijen de ZIG hebben geïmplementeerd in hun praktijk. De daartoe benodigde informatie verzamelt de inspectie door bezoeken te brengen aan de VSV's. In het toetsingskader komen vijf thema's aan bod.

- Kwaliteitsbeleid.
- Evalueren en leren.
- Multidisciplinaire samenwerking.
- De vrouw centraal.
- Preventie.

4.2 Inhoudsevaluatie ZIG

In deze paragraaf gaan we dieper in op een aantal inhoudelijke onderwerpen uit de evaluatie. Hierbij gebruiken we primair het openbaar databestand indicatoren integrale geboortezorg van het Zorginstituut Nederland en de data die door het CPZ zijn verzameld. Jaarlijks belt het CPZ met (nagenoeg) alle VSV's om een beeld te krijgen van de stand van zaken van implementatie van integrale geboortezorg, ervaren knelpunten en behoefte aan ondersteuning in het veld. Het afgelopen jaar is er voorafgaand aan deze belronde een enquête naar de VSV's gestuurd. De grafieken in onderstaande paragraaf zijn gebaseerd op de openbare databestanden integrale

¹⁴ Consortia en de Zorgstandaard, verkennende bijeenkomst, 7 september 2020

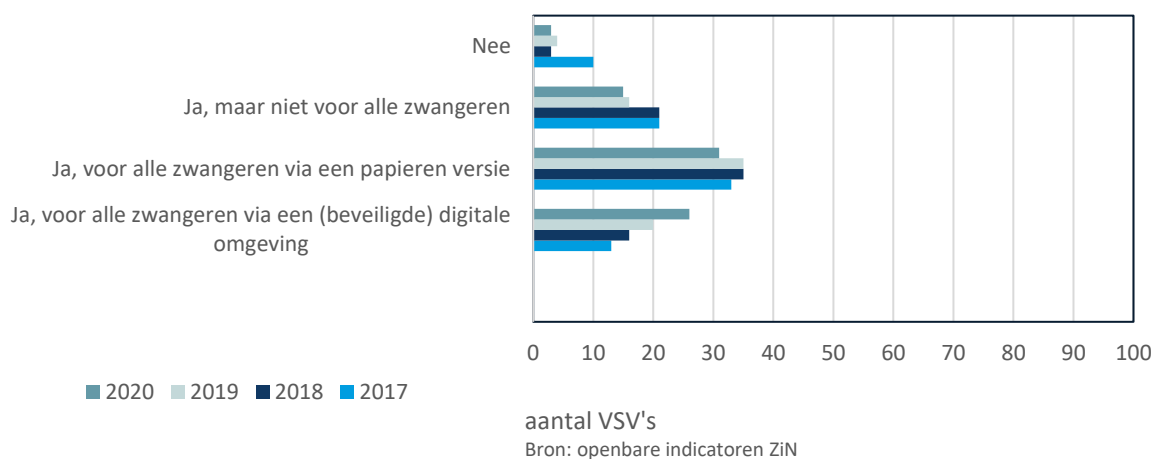
¹⁵ Midterm review strategische agenda 'Samen bevalt beter!'. CPZ, januari 2021

¹⁶ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, (2020). Toetsingskader Integrale Geboortezorg

geboortezorg, zoals deze zijn geregistreerd bij het Zorginstituut Nederland.¹⁷ Voor deze evaluatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is gebruik gemaakt van de meest actuele cijfers van het Zorginstituut.

4.2.1 Individueel geboortezorgplan

Maakt uw VSV gebruik van een individueel geboortezorgplan voor alle zwangeren en is dit plan voor hen beschikbaar?



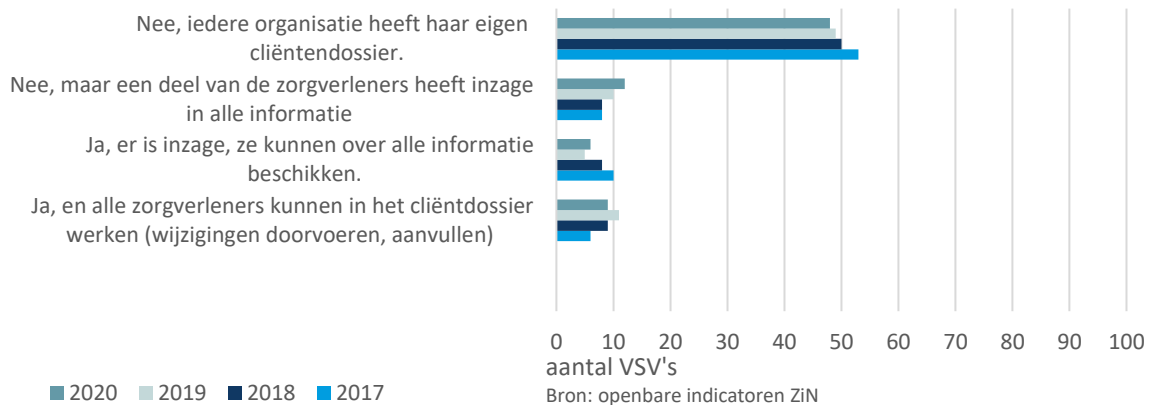
In de ZIG staat beschreven dat voor integrale geboortezorg onder andere een individueel geboortezorgplan nodig is. Uit zowel de belronde van het CPZ als de openbare indicatoren blijkt dat in 2020 het individueel geboortezorgplan bij ongeveer 75% van de VSV's beschikbaar is. Hier moet opgemerkt worden dat het hier meestal gaat om een geboortezorgplan dat zich richt op de wensen rondom de bevalling. In het individueel geboortezorgplan, zoals bedoeld in de ZIG, worden alle aspecten vastgelegd die in de begeleiding en zorg van belang zijn vanaf de kinderwens tot en met de eerste zes weken na de geboorte. Uit de enquête/belronde 2020 bleek dat men de term geboortezorgplan veelal nog interpreteerde als een plan waarin de wensen zijn beschreven rondom de bevalling en niet het gehele proces van conceptie tot en met 6 weken na de bevalling. Het individuele geboortezorgplan behoeft in veel VSV's dus nog verdere uitbreiding.

Onder leiding van het CPZ heeft een projectgroep, waar Bo geboortezorg, KNOV, BabyConnect, NVOG, Zelfbewust Zwanger, Patiëntenfederatie Nederland aan deelnemen, in 2020 en 2021 het geboortezorgplan strakker gedefinieerd en gewerkt aan het digitaal vormgeven van het geboortezorgplan, zodat uiteindelijk het individueel digitaal geboortezorgplan geïntegreerd kan worden in de toekomstige persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO's).

¹⁷ <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-integrale-geboortezorg>

4.2.2 Digitale gegevensuitwisseling

Kunnen alle zorgverleners in uw VSV beschikken over de informatie die is vastgelegd in het cliëntdossier van de zwangere



Uit de indicatoren blijkt dat in 2020 het bij ongeveer 15% van de VSV's mogelijk was alle zorgverleners binnen een VSV te laten beschikken over de informatie die is vastgelegd in het cliëntendossier van de zwangere. In de ZIG wordt gesproken over een Perinataal Webbased dossier. De gedachte om te komen tot 1 perinataal webbased dossier is in de Nederlandse geboortezorg inmiddels verlaten. Vanuit landelijk beleid is vastgesteld dat bestaande digitale dossiers wel naadloos met elkaar moeten kunnen communiceren.

Vanuit landelijk gezondheidszorgbeleid en wetgeving is vastgesteld dat bestaande digitale dossiers naadloos met elkaar moeten kunnen communiceren, ten behoeve van:

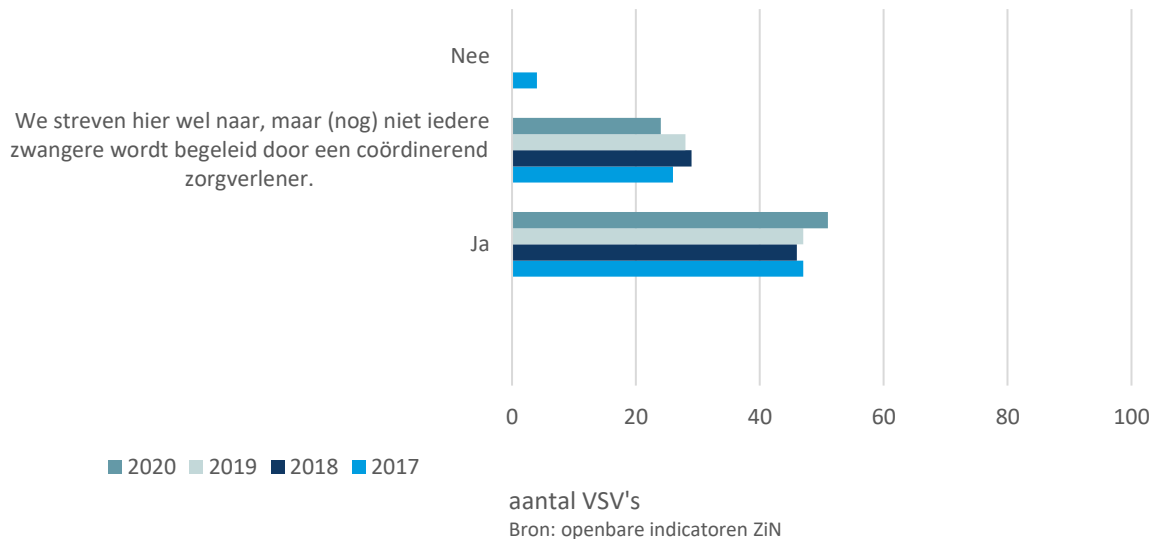
- Onderlinge samenwerking.
- Door de cliënt te ervaren continuïteit van zorg.
- Het bieden van zicht voor de zwangeren over verloop van zwangerschap en interventies.

Dit zijn ook uitgangspunten in de strategische agenda¹⁸ van de geboortezorgpartijen. Het VIPP-programma BabyConnect is een landelijk samenwerkingsprogramma in de geboortezorg dat VSV's helpt om naadloze digitale gegevensuitwisseling mogelijk te maken.

¹⁸ Strategische Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022: 'Integrale geboortezorg: Samen bevalt beter!'

4.2.3 Coördinerend Zorgverlener

Heeft iedere zwangere een coördinerend zorgverlener?

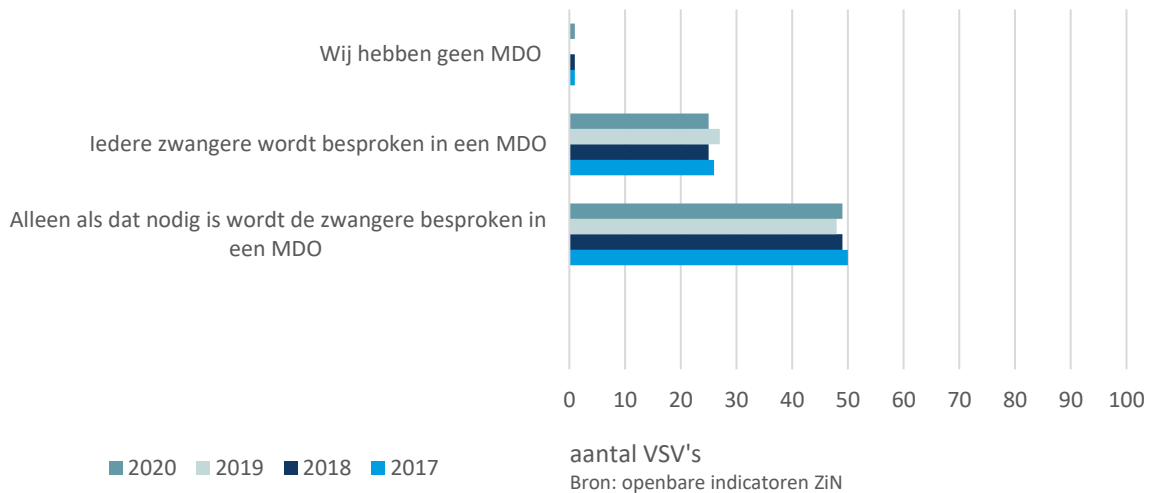


De ZIG schrijft voor dat elke zwangere gedurende de zwangerschap één vast aanspreekpunt/een coördinerend zorgverlener heeft. Uit de indicatoren blijkt dat in 2020 bij 50% van de VSV's iedere zwangere een coördinerend zorgverlener heeft. Uit de belronde van het CPZ blijkt echter dat het begrip 'coördinerend zorgverlener' niet eenduidig wordt geïnterpreteerd. Een coördinerend zorgverlener wordt slechts incidenteel ingevuld als een vast aanspreekpunt voor *alle* zwangeren, maar veel vaker als vast aanspreekpunt voor zwangeren in een kwetsbare situatie. Ook uit de evaluatie van Schenau blijkt het dat het in de praktijk zeer lastig is om één vaste persoon deze rol tijdens het gehele proces van zwangerschap en geboorte binnen de huidige structuur van de geboortezorg te laten vervullen.

De werkgroep actualisatie ZIG buigt zich momenteel over het precieze doel van een coördinerend zorgverlener, welke definitie daarbij hoort, hoeveel zorgverleners deze rol kunnen invullen gedurende het gehele proces van zwangerschap en geboorte en wat de behoeften zijn van de verschillende cliënten doelgroepen. Het resultaat hiervan wordt meegenomen in de doorontwikkeling van de ZIG.

4.2.4 Multidisciplinair Overleg (MDO)

Wordt iedere zwangere besproken in het MDO?



Over het bespreken van de zwangere in het MDO schrijft de ZIG het volgende: 'Voor het afstemmen van zorgpaden op basis van de risico-inschatting organiseert het regionaal interprofessioneel geboortezorgteam als onderdeel van het VSV multidisciplinaire overleggen (MDO). In de ZIG wordt onderscheid gemaakt tussen het regionaal en individueel interprofessioneel geboortezorgteam. Bespreking van de zwangere in het MDO vindt plaats als een van de betrokken zorgverleners daar vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid op obstetrische, medische, psychosociale gronden aanleiding toe ziet. In de praktijk blijkt dat VSV's geen onderscheid maken tussen een regionaal interprofessioneel geboortezorgteam en het MDO. In de praktijk hebben veel VSV's het over een MDO waarin de functionaliteiten van zowel het regionaal als het individueel interprofessioneel geboortezorgteam worden opgepakt. Ook de uitvraag van de indicator MDO zoals weergegeven in de grafiek hierboven (iedere zwangere in MDO) gaat verder dan de intentie in de ZIG. De intentie van de ZIG is beperkter: een zwangere bespreken op basis van risico-inschatting.

Bijna alle VSV's houden een MDO (op één na). Uit de CPZ-belronde 2020 blijkt dat ongeveer 25% van de VSV's iedere zwangere na de intake bespreekt in een MDO. In de belronde van het CPZ viel op dat men hiermee vaak bedoelde dat iedere zwangere uit de eerste lijn besproken wordt en niet alle zwangeren binnen het VSV. Een kleine 50% bespreekt een zwangere op indicatie. In hoeverre eerste en in hoeverre de tweede lijn zwangeren inbrengt ter bespreking in het MDO is niet helder.

MDO's worden ook gebruikt om cliënten te bespreken gedurende de zwangerschap en niet alleen na de intake. Dit gebeurt echter nog niet overall, al zou dit wel passen bij de ambitie in de ZIG dat verloskundige zorgverleners minder naar elkaar zullen verwijzen, maar meer elkaar consulteren (3.1.3). Gesteld kan worden dat er veel interpretatie- en uitvoeringsverschillen zijn en dat herformulering van het MDO en het interprofessioneel geboortezorgteam bij de actualisatie van de ZIG opgepakt moeten worden.

4.2.5 Adviesraad

Heeft uw VSV een adviesraad van zwangere/(jonge)ouders?



Het organiseren van een adviesraad (of moederraad of cliëntenraad) is – zo blijkt uit de evaluatie – zeer lastig te organiseren. Binnen de geboortezorg zijn cliënten korte tijd cliënt. Dat maakt het lastig een duurzame en betrokken adviesraad op te bouwen.

Een kleine 40% van de VSV werkt met een adviesraad van zwangeren en jonge ouders.

Ook in de midterm review is geconcludeerd dat cliëntparticipatie een must is, maar dat deze niet per se via een moederraad gerealiseerd hoeft te worden: 'Er kan [...] gedacht worden aan cliëntenpanels, focusgroepen of spiegelbijeenkomsten'.

De werkgroep actualisatie ZIG gaat zich buigen over de vraag of cliëntparticipatie op een abstracter niveau en meer vanuit doelen kan worden omschreven waarbij aan de regio's wordt overgelaten *hoe* ze cliëntparticipatie willen uitvoeren.

4.2.6 Preconceptiezorg

Hoe vaak preconceptiezorg wordt aangeboden wordt (nog) niet gemonitord door Perined. Er zijn nog geen indicatoren waarmee dit structureel gemeten wordt. Uit het rapport van Schenau blijkt dat in 2019 slechts een klein deel van de VSV's werkt aan het thema preconceptiezorg.

Het is nog niet bekend of dit gaat over betrokkenheid van individuele geboortezorgprofessionals of over VSV-breed beleid. Inmiddels staat preconceptiezorg hoger op de Agenda, mede door de grotere aandacht voor preventie en Kansrijke Start. Geboortezorgpartijen hebben samen met partijen binnen het sociaal domein recentelijk – in lijn met het actieprogramma Kansrijke Start - in een pledge¹⁹ afgesproken actief aan de slag te gaan met preconceptionele gezondheid.

¹⁹ <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/gezamenlijke-aanpak-pledge-preconceptiezorg-ondertekend/>

Preconceptie Indicatie lijst

In 2020 is middels het addendum (2020) van de ZIG de PIL (Preconceptie Indicatie Lijst) toegevoegd. De PIL beschrijft op hoofdlijnen de inhoud van preconceptiezorg en de benodigde multidisciplinaire samenwerkingsafspraken. Met de PIL wordt beoogd preconceptiezorg te verankeren in het (beroepsmatig) handelen van alle beroepsbeoefenaren, ook buiten de geboortezorg.

Preconceptieconsulten

Een van de middelen om preconceptiezorg aan te bieden is, een algemeen individueel preconceptieconsult met zo nodig een doorverwijzing voor een specialistisch individueel preconceptieconsult. De toekomstige zwangere blijkt echter lastig te bereiken door de geboortezorg zelf, ze is hier afhankelijk van verwijzing door anderen zoals de huisarts en de JGZ. De verloskundig zorgverlener mag zelf geen acties inzetten om de toekomstige zwangere te bereiken omdat zij alleen preconceptiezorg mag aanbieden vanuit een zorgvraag. De zorgverzekeringswet bepaalt namelijk dat zorg alleen op vraag aangeboden mag worden. Daarnaast zijn er financiële belemmeringen voor de client: het algemeen individueel consult gaat niet ten koste van het eigen risico maar een eventuele doorverwijzing gaat wel ten koste van het eigen risico van cliënt. Dit verhoogt de drempel om gebruik te maken van het specialistisch preconceptieconsult. Deze knelpunten vragen aandacht bij verdere doorontwikkelingen en implementatie van de ZIG.

4.2.7 Prenataal huisbezoek

Het prenataal huisbezoek wordt uitgevoerd door de kraamzorg en vindt steeds vaker plaats in afstemming met de verloskundige. Inmiddels is in de Wet publieke gezondheid (Wpg) opgenomen om met ingang van 1 januari 2022 een prenataal huisbezoek vanuit de JGZ aan te bieden aan zwangeren in een kwetsbare situatie. Dit prenataal huisbezoek wordt geadviseerd door een verloskundige of andere zorg-/hulpverlener die heeft vastgesteld dat hier sprake is van een zwangere in een kwetsbare situatie. Dit zet de term ‘integraal huisbezoek’ zoals deze nu beschreven staat in de ZIG, in een ander daglicht en moet meegenomen worden in de ZIG.

4.2.8 Zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden

In de huidige ZIG spreekt men over ‘zwangeren met lage gezondheidsvaardigheden’. In de tijd is men binnen de geboortezorg gaan spreken over ‘zwangeren in kwetsbare situaties’. Om de zwangeren in kwetsbare situaties te betrekken bij de zorg moet zij eerst als zodanig geïdentificeerd worden. Er zijn hiervoor meerdere screeningsinstrumenten.

Uit de enquête voorafgaande aan de belronde van 2020 blijkt dat ongeveer 60 % van de VSV's een screeningsinstrument gebruikt. Uit een onderzoek van Kansrijke Start²⁰ blijkt dat slechts een derde van de eerstelijns verloskundigen structureel gebruik maakt van een signaleringsinstrument. Een passend instrument, dat bruikbaar is voor de gehele keten is lijkt – gezien de veelheid van instrumenten die nu al wordt gebruikt - een uitdaging. Een definiëring van wat verstaan wordt onder sociale, medische of psychische kwetsbaarheid zou daarbij helpen.

Voor de doorontwikkeling van de ZIG is het van belang oog te hebben voor de inspanningsverplichting van VSV's om zwangeren in kwetsbare situaties te signaleren en te bereiken en deze zwangeren, die vaak ook lage gezondheidsvaardigheden hebben, proactief bij de

²⁰ D&B, in opdracht van VWS (2020). Drijfveren, obstakels en Kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen

zorg te betrekken. Een vraag hierbij is of de regio's de vrijheid hebben zelf in te vullen hoe ze dit willen doen of dat men gebruik zou moeten maken van gevalideerde screeningsinstrumenten. Nadat de zwangere in een kwetsbare situatie gevonden is zal zij doorgeleid moeten worden naar een plek waar zij de juiste ondersteuning en begeleiding kan krijgen, bijvoorbeeld via een prenataal huisbezoek door de JGZ. De JGZ en het sociale domein hebben een belangrijke rol in de ondersteuning van zwangeren en ouders met jonge kinderen in kwetsbare situaties. Dat betekent dat de geboortezorg, de JGZ en het sociale domein moeten samenwerken.

Door Kansrijke Start²¹ en Kansrijke Ontmoetingen²² wordt de aansluiting steeds meer gevonden. Uit de monitor Kansrijke Start²³ blijkt dat in 2020 in ruim 90% van de lokale coalities ook verloskundigen participeren. Uit het rapport van het RIVM (paragraaf 4.5) blijkt dat de begeleiding van zwangeren in een kwetsbare situatie nog wel beter kan: "Sommige regio's hebben het bereiken van kwetsbare zwangeren heel goed georganiseerd en hebben goede afspraken gemaakt over integrale huisbezoeken en de rolverdeling. Wel zijn er voor wat betreft aansluiting van de JGZ nog stappen te maken via betere gegevensuitwisseling en eenheid van taal. In andere regio's zijn de huisbezoeken nog erg in ontwikkeling." Het gebrek aan mankracht en middelen is daar de oorzaak van. VSV's moeten ondersteund worden in het vinden van betrokken partijen om een lokale coalitie op te kunnen stellen. Een lokale coalitie Kansrijke Start is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting) en professionals uit het medische domein (o.a. de VSV's, met verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg, huisartsen en de volwassenen GGZ). De lokale coalitie maakt gezamenlijke afspraken over het eerder bereiken van kwetsbare (a.s.) ouders, over signalering, doorverwijzing en over hoe begeleiding rond kwetsbare gezinnen voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte, verbeterd kan worden.

4.2.9 Leren en verbeteren

Kwaliteitsmanagement

Het doorlopen van de gehele PDCA-cyclus blijkt in 2020 bij minder dan 20 % van de VSV's al te lukken. VSV's ervaren een gebrek aan menskracht om dit goed op te zetten en uit te voeren. Uit de belronde blijkt dat het bijzonder uitdagend is om het PDCA-systeem van het ziekenhuis en dat van het VSV te verbinden.

Indicatorenset

Zorginstituut Nederland heeft indicatoren vastgesteld die behoren bij de ZIG. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg en helpt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg.

De indicatorenset waarmee verantwoording afgelegd moet worden en bedoeld is voor transparantie, wordt steeds doorontwikkeld. Streven is om deze set zo compact mogelijk te houden met bij voorkeur uitkomstindicatoren.

Wel zal meer aandacht moeten komen voor indicatoren op het gebied van preventie en voor procesindicatoren.

²¹ VWS heeft 2 jaar na het uitkomen van de ZIG het actieprogramma Kansrijke Start opgezet. Dit actieprogramma heeft tot doel om meer kinderen een kansrijke start te geven en richt zich op de eerste 1000 dagen van een kind. De uitvoering van het actieprogramma ligt op lokaal of regionaal niveau door het vormen van lokale coalities door gemeenten, de jeugdgezondheidszorg en de geboortezorg (VSV's) om een herinrichting van de keten in gang te zetten rond de eerste 1000 dagen van kinderen.

²² CPZ stimuleert vanuit het project Kansrijke Ontmoetingen de verbinding vanuit de geboortezorg met het sociaal domein en de jeugdgezondheidszorg.

²³ RIVM (2020). Monitor Kansrijke Start 2020

4.2.10 Cliëntgerichte zorg

Cliëntervaringsmetingen

De ervaringen van de cliënt met de geboortezorg moeten beter gemonitord worden. Dit blijkt zowel uit de belronde als ook uit de midterm review en het RIVM-rapport 'Beter Weten'. Een landelijke PREM-meting met daarin de onderwerpen als Samen Beslissen, voorlichting, continuïteit van zorg moet ingesteld worden. Maar ook de PROM-vragenlijsten uit het BUZZ-traject, die momenteel in ontwikkeling zijn, worden daarbij belangrijk. Goede ICT-ondersteuning, zowel in het primair als in het secundair data-uitwisselingsproces, is hierbij noodzakelijk. Daarnaast kan een landelijk cliëntenpanel ondersteuning bieden aan de partijen om snel cliënten te kunnen raadplegen over nieuwe ontwikkelingen.

Cliëntervaringsmetingen blijken organisatorisch lastig multidisciplinair uit te vragen op VSV-niveau. Uit de enquête voorafgaand aan de belronde blijkt dat slechts 70% van de VSV's een vorm van multidisciplinaire cliëntmetingen uitzet - ondanks het feit dat de NPS+ verplicht is uit te vragen. Voor de NPS+ geldt een verplichting om e.e.a. bij elke zwangere uit te vragen. De bundeling van individuele clientervaringen tot een inzichtelijk VSV-beeld blijkt moeilijk te realiseren voor de VSV's. Ook is een landelijke benchmark praktisch onmogelijk, omdat de VSV's, afgezien van de NPS+, vrij zijn in hun keuze voor een cliëntervaringsmetingsinstrument. Veel VSV's zijn nog zoekende naar het voor hen juiste instrument.

Gezamenlijke eenduidige voorlichting en keuzehulpen

Uit zowel de belronde van het CPZ als de MTR komt het beeld naar voren dat ook gezamenlijke, eenduidige voorlichting aan cliënten nog maar matig van de grond komt. Hierop kan de ZIG aangescherpt worden. E.e.a. vraagt aandacht bij verdere implementatie en aandacht en verantwoordelijkheid van professionals in de geboortezorg. Eenduidige informatie en keuzehulpen kunnen afgeleid worden uit de multidisciplinair opgestelde richtlijnen. Het bewaken van eenduidige informatieboodschappen op de belangrijkste publieke websites en het digitale geboortezorgplan kan gedaan worden door de centrale redactiecommissie. Deze is in oprichting.

Wat betekent de procesevaluatie voor de doorontwikkeling en implementatie van de ZIG?

Inhoud:

- De ZIG blijkt een stimulans om de zorg te verbeteren.
- Er wordt door VSV's geworsteld met de invoering van inhoudelijke onderwerpen in de ZIG zoals de coördinerend zorgverlener, het individueel geboortezorgplan, de instelling van een moederraad en het MDO. Definiëring van deze onderwerpen behoeven aanscherping in de ZIG.
- Goede set aan samenwerkingsafspraken (nieuwe VIL) wordt door VSV's gemist.
- De implementatie van de ZIG wordt soms als te veel vrijblijvend gezien.
- Er hebben veel ontwikkelingen plaatsgevonden rondom digitale gegevensuitwisseling. Herziening in de ZIG is nodig.
- De samenwerking met het sociaal domein en jeugdgezondheidszorg in de lokale coalities in de ZIG kan versterkt worden.
- Samen Beslissen in de integrale geboortezorg in de ZIG kan geëxpliciteerd worden.
- Veel VSV's hebben nog geen uitgewerkt kwaliteitsbeleid. Weinig VSV's doorlopen een PDCA-cyclus ter verbetering van de kwaliteit.
- Het is lastig voor de geboortezorg de toekomstige zwangere te bereiken.

Implementatie:

- De ZIG -implementatie is niet gelopen zoals voorzien.
- Het ontbreken van een aantal randvoorwaarden, zoals een integrale digitale gegevensdeling, heeft geleid tot vertraging van implementatie van de ZIG.
- De VSV's hebben meer ondersteuning nodig om de ZIG uit te kunnen voeren.
- De ZIG uit 2016 heeft tot meer uniformiteit, standaardisering en stimulans tot verbetering geleid.
- Het is niet in alle gevallen helder wie waarvoor verantwoordelijk is.
- Landelijke verenigingen en organisaties mogen meer inspannen om de ZIG te helpen implementeren en te borgen.
- De gemeentes hebben de verantwoordelijkheid met betrokken partijen een regionale coalitie op te stellen. VSV's moeten daarop aansluiten.
- Het is van belang dat Samen Beslissen aandacht houdt in de opleidingen voor professionals.
- Goede ICT-ondersteuning op het gebied van delen van PREM en PROM-vragenlijsten en resultaten is essentieel.
- Gezamenlijke eenduidige voorlichting en keuzehulpen kan verbeterd worden.

4.3 Midterm review van de Strategische agenda CPZ

In 2017 heeft het CPZ de stand van zaken van het Stuurgroepadvies (3.1.1) geëvalueerd en met de landelijke geboortezorgpartijen een strategische agenda voor de geboortezorg 2018-2022 'Samen bevalt beter!' opgesteld om koers en focus aan te brengen in de opvolging van dit advies.

Centraal in de strategische agenda 'Samen bevalt beter!' 2018-2022 staan de volgende drie ambities:

- In 2022 ontvangt elke zwangere, baby en gezin state of the art geboortezorg en bieden wij hun de best mogelijke start.
- In 2022 is de cliënt een gelijkwaardige partner en beslist zij samen met de zorgprofessional.
- In 2022 is de geboortezorg het voorbeeld van een doelmatig, solidair en goed functionerend netwerk.

In 2020 heeft het CPZ met de landelijke geboortezorgpartijen in CPZ-verband een tussenevaluatie gedaan om de balans op te maken na twee jaar uitvoering van deze strategische agenda. In deze midterm review wordt ook ingegaan op de stimulerende en remmende factoren voor de implementatie van de ZIG.

In de midterm review wordt geconstateerd dat de "harde" randvoorwaarden rond de organisatie van integrale geboortezorg essentieel zijn, maar dat de ontwikkeling van integrale samenwerking begint bij de 'zachtere kant': de wens tot verbetering van kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van een cultuur en vooral ook de wil om samen te werken om vanuit het integrale perspectief de beste zorg te bieden aan kind, moeder en gezin. Vrijwel alle VSV's zijn de afgelopen jaren flink bezig geweest met het versterken van de samenwerking in integrale geboortezorg o.m. via de implementatie van de ZIG. Wel is het zo dat bij implementatie van integrale geboortezorg conform

de ZIG organisatorische en andere bedrijfsvoeringsvraagstukken binnen het netwerk nog veel aandacht behoeven.

In de midterm review constateren partijen dat de geboortezorg vooroploopt met netwerkgorg. Met de vorming van de VSV's, de invoering van de ZIG en het experimenteren met integrale bekostiging. Dit pionierschap leidt ertoe dat de geboortezorg nog relatief veel obstakels tegenkomt, bijvoorbeeld op financieel, organisatorisch, en ICT-gebied op het terrein van wet- en regelgeving. Om steeds verder te komen is het van belang niet alleen binnen maar ook buiten de geboortezorg te kijken en te leren van andere netwerkverbanden en vormen van netwerkgorg.

Uit de midterm review blijkt verder dat:

- Een eenduidige landelijke visie op integrale geboortezorg van belang is voor draagvlak onder partijen.
- Een combinatie van streefnormen en minimumnormen in de ZIG zou een verbetering gaan betekenen, waarbij het onderscheid tussen streef- en minimumnormen helder is.
- Nagedacht moet worden over de gewenste mate van standaardisatie van regionale zorgpaden omdat regionale invloeden verschillen en zodoende kwalitatief gelijkwaardige zorg bewaakt moet worden.
- De cultuuromslag "samen beslissen" in ontwikkeling is.
- Cliëntenparticipatie in de vorm van een moederraad voor VSV's niet meer als standaard wordt gezien. Op basis van voortschrijdende inzichten worden ook andere vormen van georganiseerde inspraak ontwikkeld.
- Eenduidige voorlichting met aandacht voor preventie steeds belangrijker wordt.
- De geboortezorg vooroploopt met het werken in netwerkverbanden waardoor partijen obstakels tegenkomen.
- Mate van samenwerking binnen VSV's verschillend is.
- randvoorwaarden niet lijn- en domein overstijgend georganiseerd zijn.
 - Soepele gegevensuitwisseling belangrijk is voor zowel analyse en verbetering van het primaire proces.
 - De verdeling van verantwoordelijkheden juridisch nog onderbelicht is.
 - Aandacht voor het vraagstuk van bekostiging belangrijk is. De bekostigingssystematiek moet integrale geboortezorg faciliteren.
- Steeds meer aandacht ontstaat voor samenwerking met sociaal domein en de JGZ. Er zijn in dit verband al samenwerkingsvormen opgezet, waarbij geboortezorgprofessionals participeren in lokale initiatieven van Kansrijke Start.

Wat betekent de Midterm Review voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- Een eenduidige landelijke visie op integrale geboortezorg is van belang voor draagvlak onder partijen.
- Een combinatie van streefnormen en minimumnormen in de ZIG zullen een verbetering betekenen, waarbij het onderscheid tussen streef- en minimumnormen helder is.
- Regio's organiseren zelf een passende vorm van cliëntenparticipatie.
- Eenduidige voorlichting is nog niet overal doorgevoerd.
- Er komt steeds meer aandacht voor samenwerking met sociaal domein en de JGZ.
- Er moet meer inhoudelijke aandacht komen voor preventie.

Implementatie:

- De randvoorwaarde voor een soepele in- en uitvoering van de ZIG zijn nog niet op orde.
- De “harde” randvoorwaarden rond de organisatie van integrale geboortezorg zijn essentieel maar de ontwikkeling van integrale samenwerking begint bij de ‘zachtere kant’.
- Samen Beslissen moeten meegenomen worden in de opleidingen voor de professionals.
- VSV’s lopen op tegen organisatorische obstakels omdat de geboortezorg vooroploopt met het werken in netwerkverbanden.
- Een fundamenteel knelpunt binnen de geboortezorg is dat systemen en randvoorwaarden niet lijn- en domein overstijgend georganiseerd zijn.
- Soepele gegevensuitwisseling is belangrijk voor zowel analyse en verbetering van het primaire proces.
- De verdeling van verantwoordelijkheden is juridisch nog onderbelicht.
- De fase van samenwerking binnen VSV’s is verschillend.
- Aandacht voor het vraagstuk van bekostiging is belangrijk. De bekostigingssystematiek moet integrale geboortezorg faciliteren.

4.4 RIVM (2020). Beter Weten: een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap

Tot 2016 nam de babysterfte in Nederland sterk af, maar vanaf 2016 is er sprake van stagnatie van de daling. Het RIVM heeft in 2020 in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de stagnatie van de dalende trend van perinatale sterfte. RIVM presenteerde haar conclusies in het rapport: *Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap*.

Armoede en leefstijl

De stagnerende babysterfte heeft met veel factoren te maken, waaronder de leefstijl van de aanstaande ouders, maar ook met sociale factoren, zoals laaggeletterdheid, taalachterstand en armoede. Ook worden obesitas en een niet-westerse herkomst van de moeder als risicofactoren geïdentificeerd. Uit het rapport blijkt dat deze risicofactoren het risico op vroeggeboorte en de kans op babysterfte verhogen.

Kwaliteitsbeleid en gegevensuitwisseling

In het onderzoeksrapport staan aanbevelingen om de organisatie en kwaliteit van de geboortezorg verder te verbeteren. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de interviews met betrokkenen uit het veld. Volgens de geïnterviewden liggen er kansen rond organisatie en kwaliteit van de geboortezorg. Zo geven zij aan dat de geboortezorg onder meer gebaat zou zijn bij het versterken van een kwaliteitsbeleid op zowel VSV als landelijk niveau, het afschaffen van de eigen bijdragen en het sneller kunnen uitwisselen van de juiste gegevens. Daarnaast wordt in het rapport gesteld dat er een multidisciplinair gremium moet komen dat aan integrale kwaliteitsverbetering werkt en multidisciplinaire richtlijnen opstelt. Verder wordt actieve steun aan VSV's bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en de ICT-ondersteuning daarvan aanbevolen en de bijbehorende versnelling van de registratie verwerking van data, waarbij zorgverleners dan wel hun registratie-discipline moeten verbeteren.

Zorgstandaard

Over de ZIG constateert het RIVM dat er grote tempoverschillen zijn tussen regio's voor wat betreft de invoering. Een ander gesignaleerd probleem rond de zorgkwaliteit is het feit dat de monitoringsindicatoren van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (bijvoorbeeld het hebben van een moederraad) niet altijd goed passen bij het doel wat er oorspronkelijk mee beoogd werd (cliëntenparticipatie). Er moet meer van het doel uitgegaan worden dan vanuit de structuur zoals vastgelegd in de ZIG.

De interviewuitkomsten in het RIVM-onderzoek bevestigen dat de netwerken in de regio goed functioneren, maar dat de mate waarin verschilt. Bij diverse VSV's stagneren de ontwikkelingen en overheerst een gevoel van vrijblijvendheid of aarzeling om de noodzakelijke verandering door te zetten. De implementatie van de ZIG verloopt op veel plaatsen niet goed. Dat betreft vooral de inrichting van de kwaliteitsborging (PDCA-cyclus)²⁴, de organisatie van een moederraad, en ook de aandacht voor de kwetsbare zwangere en de verbinding met het sociaal domein en de JGZ. De druk om de gevraagde veranderingen door te voeren ervaren veel VSV's als te hoog. De geïnterviewden pleiten voor inhoudelijke (landelijk en/of regionaal) en financiële ondersteuning van de VSV's om hen zo een sterkere rol en positie te geven en om de nieuwe integrale taken en organisatievorm beter en duurzaam te kunnen inrichten. Ook moeten de data- en informatievoorziening en de ICT-infrastructuur in de geboortezorg op diverse punten verbeteren om de uitwisseling en toegankelijkheid van gegevens te verbeteren. Zo moet de PDCA-cyclus worden gefaciliteerd en ondersteund met nieuwe data en indicatoren. Daarnaast moeten gegevens over zwangerschap en

²⁴ pdca = plan do check act

bevalling sneller worden uitgewisseld. Dat is ook nodig om te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen die een werkelijk integrale geboortezorg stelt. Verder geeft het RIVM aan dat het veld behoefte heeft aan meer centrale regie, overzicht en onderlinge afstemming en coördinatie van de noodzakelijke vernieuwingen.

Indicatoren

Voor de VSV's is de implementatie van nieuwe kwaliteitsindicatoren belangrijk. De nieuwe kwaliteitsindicatoren moeten PREM's²⁵ en PROM's²⁶ bevatten om rekening te houden met de verwachtingen en percepties van de cliënt. De eerste pilot was het BUZZ-project²⁷. Het zal niet vanzelf gaan om de in dit project ontwikkelde aanpak landelijk bij alle VSV's te implementeren. Het RIVM benoemt: "Dat kan en moet over meer gaan dan alleen perinatale sterfte. Het gaat ook over andere uitkomsten, zoals de tevredenheid van de cliënt. Het gaat ook om uitkomsten die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals kwaliteit van leven en autonomie in de keuze van behandeling. Dat is waardegedreven zorg en daar werkt de geboortezorg in Nederland op diverse plaatsen al naartoe." Het RIVM geeft aan dat het ook belangrijk is om het gedachtengoed uit de waardegedreven zorg projecten structureel in te bedden in een landelijke commissie beheer en ontwikkeling van de vragenset en datasets van waardegedreven zorg.

Preventie en verbreding naar sociaal domein

Meer aandacht voor kwetsbare zwangeren, de versterking van de verbinding tussen de geboortezorg en het sociaal domein én het versterken van de inzet op preventie zijn essentieel. Ook het RIVM geeft aan dat de geboortezorg meer moet gaan samenwerken met en steun krijgen van gemeenten, sociale zorg en jeugdgezondheidszorg.

Centrale rol VSV's

Het RIVM concludeert dat VSV's een centrale(re) rol en positie zouden moeten innemen. Hiertoe zouden VSV's financieel ondersteund moeten worden, enerzijds om hun integrale organisatie in te richten en te verduurzamen en anderzijds om de ZIG duurzaam te kunnen implementeren. Daarnaast pleit het RIVM voor een regionale ondersteuning voor VSV's bij de ontwikkeling en implementatie van de PDCA-cyclus.

Wat betekent het RIVM-rapport voor de doorontwikkeling van de inhoud van de ZIG?

- De stagnerende babysterfte heeft met veel factoren te maken, met name de leefstijl en sociale factoren.
- Een complex samenstel van (veranderende) risicofactoren bepaalt het risicoprofiel van zwangere vrouwen en dat beïnvloedt de hoogte van de mortaliteit en de morbiditeit.
- Meer aandacht voor zwangeren in kwetsbare situaties, de versterking van de verbinding tussen de geboortezorg en het sociaal domein én het versterken van de inzet op preventie zijn essentieel.

²⁵ Patient Reported Experience Measures

²⁶ Patient Reported Outcome Measures

²⁷ Bespreken uitkomsten Zwangerschap met Zwangere, gebaseerd op de internationale ICHOM-set

Wat betekent het RIVM-rapport voor de doorontwikkeling van de implementatie van de ZIG?

- De implementatie van de ZIG verloopt op veel plaatsen niet goed. Dat betreft vooral de inrichting van de kwaliteitsborging (PDCA-cyclus), de organisatie van een moederraad, en ook de aandacht voor de zwangere in kwetsbare situaties en de verbinding met het sociaal domein en de JGZ.
- De druk om de gevraagde veranderingen door te voeren is voor veel VSV's te hoog.
- VSV's zouden een centrale(re) rol en positie moeten innemen.
- VSV's zouden financieel ondersteund moeten worden, enerzijds om hun integrale organisatie in te richten en te verduurzamen en anderzijds om de ZIG duurzaam te kunnen implementeren.
- Er is een vorm van actieve steun nodig voor de VSV's bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en de ICT-ondersteuning daarvan en de bijbehorende versnelling van de registratie verwerking van data. Ook moeten zorgverleners dan hun registratie-discipline verbeteren.
- Regionale ondersteuning is nodig voor VSV's bij de ontwikkeling en implementatie van de PDCA-cyclus.
- De indicatorenset Integrale Geboortezorg wordt inmiddels doorontwikkeld en afgestemd op waardegedreven zorg uitkomsten. Hierbij kijkt de geboortezorg naar o.a. PREM'S en PROM'S in plaats van structuurindicatoren. Deze waardegedreven zorg is een nieuwe aanpak voor leren en verbeteren en Samen Beslissen met de cliënt op basis van gemeten uitkomsten die belangrijk zijn voor de cliënt.
- Netwerken in de regio functioneren goed, maar dat de mate waarin verschilt.
- De geboortezorg zou gebaat zijn bij een sterker kwaliteitsbeleid zoals een multidisciplinair gremium dat aan integrale kwaliteitsverbetering werkt en multidisciplinaire richtlijnen opstelt.
- De interoperabiliteit van de ICT-infrastructuur in en met de geboortezorg vraagt om verbetering.
- Er is een passende bekostigingsstructuur nodig voor de integrale geboortezorg, met aandacht voor preventie en de verbinding met de JGZ en het sociaal domein.
- De perinatale registratie kan beter en sneller.
- Het is belangrijk om het gedachtengoed uit de waardegedrevenzorg-projecten structureel in te bedden in een landelijk commissie beheer en ontwikkeling van de vragenset en datasets van Waardegedreven Zorg.

4.5 Berenschot – in opdracht van ZiN – 2021; Samen (net) werken in de zorg: doorbreken van patronen

In 2016 heeft het Zorginstituut Nederland, bij de vaststelling van de ZIG haar doorzettingsmacht moeten gebruiken, omdat de landelijke geboortezorgpartijen niet tot overeenstemming konden komen over de al of niet gezamenlijke verantwoordelijkheid rond de intake en de risicoselectie. In de ZIG is destijds een strofe opgenomen waarbij deze verantwoordelijkheid in regionaal beleid moet worden vastgelegd. Regionale samenwerking in Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) is dus een belangrijk onderdeel van de ZIG. Het organisatieadviesbureau Berenschot heeft in opdracht van het Zorginstituut in 2020 een onderzoek uitgevoerd naar de regionale samenwerking in VSV's.

Het Zorginstituut constateert in zijn brief dat de veldpartijen de wettelijke plicht hebben om de ZIG te implementeren binnen de afgesproken termijn en dat de veldpartijen deze ruim hebben

overschreden. Het Zorginstituut vraagt alle betrokken partijen om hun verantwoordelijkheid te nemen en om daar waar nodig hun rol te pakken in de Nederlandse geboortezorg. Ook meldt het Zorginstituut benieuwd te zijn naar de bevindingen uit de evaluatie door het CPZ van de implementatie van de Zorgstandaard. Het Zorginstituut geeft aan de vorderingen rondom de implementatie nauwlettend te blijven volgen.

De zorgstandaard heeft de samenwerking binnen VSV's versneld

Berenschot signaleert dat het rapport 'Een goed begin' (2009) en de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' (ZIG, 2016) de ontwikkeling van de samenwerking en netwerkvorming in VSV's hebben versneld. VSV's willen zich doorontwikkelen, maar lopen in hun ontwikkelproces tegen barrières aan waar zij in de praktijk wisselend effectief mee omgaan. Bijna alle VSV's zijn gestart met samenwerking langs de inhoudelijke lijn: samen protocollen en zorgpaden op te stellen en gezamenlijke multidisciplinaire overleggen (MDO's) te organiseren. In alle VSV's is een structuur ingericht om die inhoudelijke samenwerking te ondersteunen. Daarbij wordt opgemerkt dat de zorgverleners zelf niet spreken van een individueel of regionaal interprofessioneel geboortezorgteam, zoals in de ZIG staat vermeld, maar over een multidisciplinair overleg of werkgroep kwaliteit of richtlijnenontwikkeling.

De fasen van de ontwikkeling van netwerkstructuur verschilt per VSV

Het inrichten van een netwerkoeverlegstructuur, de governance en de definiëring van rollen, zoals bestuur en werkgroepen, stemrecht en toevoerder is vaak bijzonder ingewikkeld: Sommige verloskundigen werken in meerdere VSV's. Daarnaast bevallen cliënten ook in ziekenhuizen buiten het VSV als binnen de eigen regio geen plek is of om medische redenen.

Drie onderdelen worden onderscheiden in de samenwerking: netwerkstrategie, de onderlinge verhoudingen en de samenwerkingsstructuur. Op basis hiervan kan een fase-indeling worden opgesteld. De ontwikkeling van VSV's verloopt in fasen:²⁸

Kenmerk ↓	Fase →	1	2	3	4	5
Het VSV is opgericht, nog geen sprake van structurele samenwerking		✓				
Het VSV is ingericht op structurele inhoudelijke samenwerking		✓	✓			
Het VSV is ingericht op bestuurlijke samenwerking		✓	✓	✓		
Het VSV functioneert als een volwassen netwerk		✓	✓	✓	✓	
Het VSV functioneert als één integrale organisatie		✓	✓	✓	✓	✓

Van de onderzochte VSV's bevindt een enkeling zich nog in fase 1: het vormgeven van praktische en inhoudelijke samenwerking op de werkvloer – met barrières op het niveau van monodisciplinaire zorgorganisatie. Het gros bevindt zich in fase 2 en 3: vormgeven van structurele, inhoudelijke en bestuurlijke netwerksamenwerking. De ervaren belemmeringen liggen hier op regionaal niveau en binnen hun eigen invloedssfeer. Enkele VSV's hebben fase 4 en 5 bereikt en opereren als één netwerk of integrale geboortezorg organisatie (IGO). Zij ervaren barrières vooral

²⁸ Voor het uitgebreide overzicht zie bijlage (pag. 18 rapport Berenschot)

op systeemniveau, en daarmee buiten hun directe invloedssfeer. Dit is het werkdomein van de landelijke opererende en belangenbehartigende partijen. Naarmate VSV's verder komen in hun netwerksamenwerking lopen ze meer aan tegen problemen die niet geheel of geheel niet binnen hun invloedssfeer liggen.

Leren en verbeteren

Zelden formuleren VSV's op regionaal niveau systematisch de doelen van hun samenwerking (in termen van medische uitkomsten). Daardoor monitoren zij het bereiken ervan ook niet. Leren én verbeteren wordt daardoor dus ingewikkeld. Door alle onderzochte VSV's wordt aangegeven dat het structureel monitoren van resultaten en effecten van de samenwerking nog te weinig plaatsvindt op VSV niveau. Er wordt weinig gedaan met de overzichten die vanuit Perined kunnen worden bekeken om zicht te krijgen hoe het VSV zorginhoudelijk presteert t.o.v. de andere VSV's. De VSV's geven ook aan nauwelijks bevraagd te worden door externe partijen op resultaat.

Zij ervaren ook dat nog niet alle landelijke stelselpartijen (zoals bijvoorbeeld de IGJ) hen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid als samenwerkingsverband aanspreken. Het Zorginstituut constateert ook dat nog onvoldoende in beeld is gebracht in hoeverre inspanningen op VSV-niveau hebben geleid tot betere en meer doelmatige zorg met betere ervaring van cliënt en professional. De samenwerking en monitoring op VSV-niveau kunnen nog verder (door)ontwikkeld worden. Door het Zorginstituut wordt gezien dat het CPZ zich inspant om het lerend vermogen van de sector bij het verbeteren van samenwerking en netwerkvorming te versterken en dat de bevindingen uit het onderzoeksrapport van Berenschot hieraan kunnen bijdragen. Voor de kennisdeling met alle betrokken veldpartijen ziet het Zorginstituut een leidende rol voor het CPZ en geeft aan dat vanuit de Kwaliteitsraad van het ZIN hierbij desgevraagd ondersteuning geboden kan worden.

Samen Beslissen

Uit het onderzoek van Berenschot blijkt dat VSV's zeer gemotiveerd zijn om het resultaat voor de cliënt te verbeteren met de methodiek van "Samen Beslissen".

Vertrouwen

De tevredenheid onder zorgverleners neemt toe als er vertrouwen is in elkaar en als er ondersteuning is bij het VSV. Berenschot constateert dat de ZIG is slechts uitvoerbaar als er sprake is van een uitstekende netwerkstructuur en als er onderling vertrouwen bestaat. Daarnaast is het zeer belangrijk om met elkaar zicht te hebben op de zorg die wordt geleverd. Pas dan is een volledige cyclus rond leren en verbeteren mogelijk.

Financiële uitkomsten

Er is weinig zicht op de financiële uitkomsten van de samenwerking. Er wordt aangehikt tegen de op te hoesten frictiekosten. Het ontbreken van voldoende (ontwikkel-) of kwaliteitsgelden wordt als remmend ervaren.

Ontbreken randvoorwaarden

Berenschot concludeert dat de VSV's van goede wil zijn, maar dat er te veel randvoorwaarden (juridisch, financieel, ICT) niet zijn ingevuld.

Wat betekent het Berenschotrapport voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- Er is een noodzakelijke verschuiving nodig van 'het samenwerken als doel op' zich naar het 'in samenhang werken aan gelijkgerichte doelen'.
- VSV's zijn zeer gemotiveerd om het resultaat voor de cliënt te verbeteren met de methodiek van "Samen Beslissen".

Implementatie:

- De afgesproken implementatietermijn van de ZIG is overschreden.
- De implementatie van de ZIG heeft de ontwikkeling van de samenwerking en netwerkvorming in VSV's versneld.
- Bijna alle VSV's zijn gestart met samenwerking langs de inhoudelijke lijn.
- Het inrichten van een netwerkoverlegstructuur, de governance en de definiëring van rollen, zoals bestuur en werkgroepen, stemrecht en toehoorder is vaak bijzonder ingewikkeld.
- De ontwikkeling van VSV's verloopt in fasen. VSV's hebben gedifferentieerde ondersteuning per ontwikkelingsfase nodig.
- De ZIG is slechts uitvoerbaar als er sprake is van een uitstekende netwerkstructuur en als er onderling vertrouwen bestaat.
- De randvoorwaarden op juridisch, financieel, organisatorisch en ICT-gebied zijn niet op orde.
- Het ontbreken van voldoende (ontwikkel-) of kwaliteitsgelden wordt als remmend ervaren.
- Alle betrokken partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen om daar waar nodig hun rol te pakken in de Nederlandse geboortezorg.
- Er zijn landelijke kaders nodig waarna de landelijke integrale richtlijnen en bijbehorende producten als modelzorgpaden, keuzehulpen en indicatoren kunnen worden ontwikkeld.
- JZOJP is nog onvoldoende uitgevoerd binnen de geboortezorg.
- Structureel monitoren van resultaten en effecten (met betrekking tot Quadruple Aim: qua medische inhoudelijke resultaten, cliënt-, zorgverlener ervaringen en financieel) van de samenwerking vindt nog te weinig plaats op VSV niveau.
- Er is nog onvoldoende in beeld gebracht in hoeverre inspanningen op VSV-niveau hebben geleid tot betere en meer doelmatige zorg met betere ervaring van cliënt en professional.

5. Analyse van landelijke ontwikkelingen in de zorg

In dit hoofdstuk schetsen we de landelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de doorontwikkeling van de ZIG. We beginnen met een schets van een aantal relevante ontwikkelingen in wet- en regelgeving. Daarna gaan we in op de voor de geboortezorg meest relevante landelijke zorgevaluaties en -ontwikkelingen voor de toekomst.

5.1 Ontwikkelingen wet- en regelgeving

5.1.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO is per 1 januari 2020 op een aantal onderdelen aangepast. Voor de geboortezorg zijn onderstaande punten van belang:

- De informatieplicht van de zorgprofessional is aangevuld met de verplichting om op tijd te overleggen met de cliënt. Hierbij wordt de cliënt aangemoedigd om vragen te stellen (samen beslissen). Daarnaast moet de cliënt ook worden geïnformeerd over:
 - de mogelijkheid om van behandeling af te zien;
 - andere onderzoeken en behandelingen door andere zorgverleners;
 - de uitvoeringstermijn van de behandeling en hoelang de behandeling naar verwachting duurt.
- De bewaartermijn van het medische dossier is 20 jaar (was 15 jaar). De termijn loopt vanaf de laatste aanpassing van het dossier.
- Nabestaanden hebben onder bepaalde voorwaarden inzage in het dossier van een overleden cliënt.

Voor de doorontwikkeling van de inhoud van de ZIG betekent dit dat verankerd moet worden dat de zorgverlener vanuit de WGBO een aangescherpte informatieplicht heeft.

5.1.2 Wet publieke gezondheid (PHB-JGZ)

De Wet publieke gezondheid (Wpg) is met ingang van 1 januari 2022 aangepast op de introductie van het prenataal huisbezoek JGZ (PHB-JGZ). Met de wijziging van de WPG krijgen gemeenten de taak om een prenataal huisbezoek (PHB-JGZ) aan te bieden aan zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie in hun gemeente. Voor de introductie van het prenataal huisbezoek JGZ is het nodig dat de geboortezorg en JGZ en het sociale domein naadloos op elkaar aansluiten. Voor de doorontwikkeling van de ZIG betekent dit dat:

- Een heldere definitie van een 'kwetsbare situatie'
- signalering van de zwangere in kwetsbare situaties en
- het maken van samenwerkingsafspraken met de JGZ in de regio nodig is.

In deze wetswijziging is nadrukkelijk de vrijwilligheid van de zwangere opgenomen. De verloskundig zorgverlener adviseert alleen.

Voor de ZIG betekent dit dat afstemming nodig is tussen verschillende zorgverleners over het huisbezoek en dat aandacht nodig is voor gegevensuitwisseling met JGZ.

5.1.3 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz 2018)

Wij kennen in Nederland de Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz 2018). Alle instellingen in de gezondheidszorg met meer dan 10 personeelsleden moeten een cliëntenraad instellen. Voor de eerstelijnszorg zonder 24 uurszorg ligt de grens op 25 personeelsleden. Deze Wmcz 2018 is alleen van toepassing op een VSV als deze zich presenteert als zorgaanbieder.

De ZIG geeft aan dat er in de geboortezorg gewerkt wordt met een ouderadviesraad van cliënten op VSV—niveau (moederraad). Dit is dus wel een verplichting vanuit de ZIG, maar niet vanuit de Wmcz 2018. De ouderadviesraad heeft niet de wettelijke verplichting en rechten die beschreven zijn voor de cliëntenraad.

5.1.4 Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)

De Wegiz is een wet die voorschrijft dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners elektronisch dient te verlopen. Het doel van deze wet is om gegevensuitwisseling tussen zorgverleners sneller, beter en veiliger te maken voor betere en veiligere zorg. De uitwisseling zal plaatsvinden volgens bepaalde normen. De informatieparagraaf van de kwaliteitsstandaard vormt de basis voor de wettelijk te verplichten specifieke gegevensuitwisselingen. Het beschrijft stap voor stap het zorgproces en hoe deze stappen in systemen worden ondersteund in samenhang met NEN-normen. Daarnaast bestaat er een informatiestandaard integrale geboortezorg voor de ICT-systemen die worden gebruikt.

In mei 2021 is het wetsvoorstel Wegiz naar de kamer gestuurd. Het kabinet neemt met de Wegiz meer regie op de digitale gegevensuitwisseling in de zorg. Het uiteindelijk doel van de Wegiz is volledige interoperabiliteit binnen en tussen zorgsectoren. Voor de ZIG betekent dit dat deze ontwikkeling meegenomen moet worden door de werkgroep actualisatie ZIG.

5.1.5 Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens zorg (Wabvpz)

De Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) omvat waarborgen voor cliënten bij elektronische gegevensuitwisseling. De zwangere heeft het recht op elektronische inzage en een elektronisch afschrift van haar dossier via een elektronisch uitwisselingssysteem dat de zorgverlener kosteloos beschikbaar stelt.

Niet alleen geeft deze wet cliënten een aanvullend recht op inzage; het vormt ook een verplichting voor zorgverleners op het gebied van beveiliging van persoonsgegevens, namelijk het verplicht loggen van handelingen in elektronische dossiers. Een deel van de wettelijke bepalingen is per 1 juli 2017 in werking getreden. Voor de inwerkingtreding van de bepalingen rondom elektronisch afschrift/inzage en logging is een groeimodel afgesproken, om zorgaanbieders de tijd te geven zich hierop voor te bereiden. Deze bepalingen zijn ingetreden per 1 juli 2020. Voor de ZIG betekent dit dat deze ontwikkeling door de werkgroep actualisatie ZIG meegenomen moet worden.

5.1.6 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wet Wkkgz regelt een betere en snellere aanpak van klachten, veilige incidentenmelding door zorgmedewerkers, een uitbreiding van de meldplicht van zorgaanbieders en een sterkere positie

van de cliënt. Uit de evaluatie van de Wkkgz²⁹ blijkt dat in het algemeen kan worden gesteld dat de uitgangspunten van de Wkkgz breed worden gedragen in de zorg en dat de wet aan het bevorderen van deze doelen ook daadwerkelijk bijdraagt. Er zijn ook onderdelen van de wet en praktijk die een kritische reflectie behoeven. Zo heeft de Wkkgz aandacht voor meld- en vergewisplichten. De focus zou daarbij weer meer moeten komen te liggen op het leerproces in plaats van op het juist melden en onderzoeken van calamiteiten en disfunctioneren. Voor de ZIG betekent dit dat 'leren en verbeteren' sterker verankerd kan worden. Daarnaast is nader onderzoek naar het functioneren van de klachten- en geschillenregeling gewenst. Uit de evaluatie blijkt o.a. dat de informatievoorziening over klachtmogelijkheden en de klachtafhandeling door geschilleninstanties voor verbetering vatbaar zijn. In de huidige ZIG wordt niet gesproken over het klachtenreglement. Bij de doorontwikkeling van de ZIG kan nader bekeken worden of dit onderwerp in de ZIG hoort en zo ja, dan kan punt 3 meegenomen worden.

Wat betekent de nieuwe wet- en regelgeving voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- De zorgverlener heeft vanuit de aangepaste WGBO een aangescherpte informatieplicht.
- De verplichting aan gemeenten tot het aanbieden van een prenataal huisbezoek door JGZ wordt in de Wet Publieke Gezondheid opgenomen.

Implementatie:

- Gegevensuitwisseling tussen zorgverleners dient elektronisch te verlopen
- De zwangere heeft het recht op elektronische inzage en een elektronisch afschrift van haar dossier via een elektronisch uitwisselingsstelsel dat de zorgverlener kosteloos beschikbaar stelt.
- VSV's moeten afspraken maken over welke zwangeren baat hebben bij een prenataal huisbezoek van de JGZ, hoe de verloskundig zorgverlener deze gaan signaleren en hoe adviseren doorverwijzen naar de JGZ en hoe gegevens over deze zwangere met elkaar worden uitgewisseld.
- Vanuit de Wkkgz wordt het leren en verbeteren vanuit de klachten extra benadrukt. Dit kan worden opgenomen in de ZIG.

²⁹ Nivel- in opdracht van ZonMw, 2021, Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

5.2 Landelijke beleidsontwikkelingen in de zorg

In dit hoofdstuk schetsen we de landelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de doorontwikkeling van de ZIG. We gaan in op landelijke zorgevaluaties en -ontwikkelingen die gericht zijn op de zorg in de toekomst. Het aantal aanbevelende en evaluerende rapporten in de zorg is groot. We realiseren ons terdege dat elke keus een per definitie subjectieve keus is. We streven echter zeer nadrukkelijk naar een zo relevant mogelijke en actuele selectie.

5.2.1 Rapport ZiN en NZa: ‘Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu’

Eind 2020 is het adviesrapport verschenen ‘Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu’, van het ZiN en de NZa. Het op verzoek van de minister geschreven rapport is een actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg.

Het rapport beschrijft dat overbelasting van zorg in het systeem het gevolg is van het leveren van onnodige zorg of van verkeerde inzet van zorg. Als meer of zwaardere zorg wordt ingezet dan nodig is, dan is dat verspilling die we ons niet langer kunnen en willen veroorloven. Dure gespecialiseerde zorg wordt ingezet als ook kan worden volstaan met eerstelijnszorg. Zorg wordt voornamelijk op locatie verleend in ziekenhuis of huisartsenpraktijk terwijl ook gebruik gemaakt had kunnen worden van digitale oplossingen als telemonitoring. Daarnaast is er nog de zorg die helemaal niet nodig hoeft te zijn, als meer ingezet zou worden op preventie en het stimuleren van een betere leefstijl en gezondere omgeving. Iedereen: zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en patiënten moeten hierin hun eigen verantwoordelijkheid erkennen en ook gaan nemen.

Het rapport schetst drie lijnen voor passende zorg:

- Landelijke afspraken over passende zorg.
- Overheid schept randvoorwaarden
- De taken van de NZa en het ZiN worden in lijn gebracht met de ontwikkelingen rond passende zorg.

Het rapport roept partijen in de zorg – patiënten vertegenwoordigers, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – op tot het maken landelijke afspraken over wat passende zorg is en hoe deze tot stand komt. Dit wordt vastgelegd in een nieuw *kwaliteitskader passende zorg*.

Het rapport geeft een voorzet over de principes van passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven: zorg voor een doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs.
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand: de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de patiënt.
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek: (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom mensen organiseren, en zorg vervangen door slimme zorg en eHealth.

- Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte: zet al het overheidsbeleid in op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen (health in all policies), focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren (positieve gezondheid), en werk aan het voorkomen van ziekte en zwaardere zorg (preventie).

Het rapport beschrijft dat partijen in de zorg met de voorlopige principes al aan de slag kunnen, terwijl er door deze partijen wordt gewerkt aan vastlegging van de gezamenlijke principes.

Wat betekent het ZiN/NZa rapport voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • De (geboortezorg-)partijen kunnen met de voorlopige principes van passende zorg, opgesteld door het ZiN en de NZa, aan de slag bij de doorontwikkeling van de ZIG. |
|--|

5.2.2 Rapport RVS: De b van bekwaam, naar een toekomstbestendige BIG, okt 2019³⁰

De minister van Medische Zorg en Sport heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) advies gevraagd over de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Momenteel zijn er negen beroepsgroepen met voorbehouden handelingen. Per beroepsgroep is aangegeven welke voorbehouden handelingen zij zelfstandig mogen uitvoeren en aan welke eisen zij moeten voldoen, zoals opleidingsvereisten, inschrijving in het BIG-register, vijfjaarlijkse herregistratie en zich onderwerpen aan het tuchtrecht.

In de praktijk blijkt eigenlijk al vanaf het begin van de invoering dat er veel knelpunten worden ervaren met de wet BIG. De registratiecriteria worden niet consequent toegepast; de regeling voorbehouden handelingen dekken de risico's onvoldoende af; herregistratie toetst bekwaamheid onvoldoende en het tuchtrecht geeft te weinig ruimte om te kunnen leren en verbeteren. Daarnaast past de wet BIG steeds minder binnen de zorgontwikkelingen.

De Raad concludeert dat de Wet BIG ons veel heeft gebracht maar niet toekomstbestendig is. De huidige wet hecht te veel waarde aan het diploma dat een zorgverlener ooit haalde, en te weinig aan de nieuwe vaardigheden die een BIG-geregistreerde zorgprofessional tijdens de carrière op de werkvloer en tijdens bijscholingen leert. Na een verkenning en weging van verschillende oplossingsrichtingen adviseert de Raad om te komen tot de Wet BIG als Wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg, in plaats van Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Ook in de geboortezorg zijn de bevoegd- en bekwaamheden binnen een VSV bepaald op basis van de huidige wet BIG. Wel blijken ook binnen de geboortezorg onduidelijkheden te bestaan over bevoegdheden als een BIG-geregistreerde geboortezorgprofessional bekwaam maar niet bevoegd is vanuit een BIG-beroepstitel. Momenteel zijn er vanuit VWS ontwikkelingen gaande die de strakke lijn in de wet BIG tussen zorgprofessionals en hun bevoegdheden bespreekbaar maken³¹.

³⁰ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/10/10/de-b-van-bekwaam---naar-een-toekomstbestendige-wet-big>

³¹

Binnen de geboortezorg zou dit zorgverschuiving kunnen faciliteren. Deze ontwikkeling kan meegenomen worden in de herijking van de ZIG. In het veld worden de eerste stappen gezet om bekwaamheden van zorgprofessionals buiten de wet BIG om te reguleren. Dit kan taakverschuiving faciliteren, mede ook bij de nieuwe samenwerkingsafspraken (VIL).

Wat betekent het rvs-rapport voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Implementatie:

- Ook binnen de geboortezorg bestaan onduidelijkheden over bevoegd- en bekwaamheden van zorgprofessionals.
- De wet BIG die o.a. gaat over bevoegd en bekwaamheden is niet toekomstbestendig maar wordt voorlopig niet aangepast.

5.2.3 Visie kwaliteitsraad ZiN: ‘Samen leren en verbeteren; visie van de kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg’, 2019³²

De Kwaliteitsraad van het ZiN beschrijft dat er verschillende beelden bestaan over kwaliteit van zorg, die worden gekleurd door de tijd waarin we leven en de mogelijkheden die er zijn. Daarnaast is kwaliteit een moreel concept dat mede wordt bepaald door allerlei perspectieven, belangen en contexten. Kwaliteit is persoonlijk, maar van de andere kant ook gedeeld en collectief.

De kwaliteitsraad onderstreept in haar advies de noodzaak van een continue afweging van persoonlijke, professionele en maatschappelijke waarden. Nieuwe kwaliteit is vooral samen leren en verbeteren. Kwaliteitsstandaarden blijven nuttig, maar moeten ten dienste staan van het samen leren en verbeteren en zullen meer ruimte moeten laten voor keuzes die aansluiten bij de persoonlijke context van patiënten. De Kwaliteitsraad van het ZiN geeft aan dat indicatoren nuttig blijven, maar vooral in de context van gebruik als brandstof voor het samen leren en verbeteren, en minder als middel om “af te rekenen”.

Wat betekent de Visie kwaliteitsraad ZiN voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- Standaarden en protocollen blijven nuttig ‘maar moeten meer ruimte laten voor keuzes die aansluiten bij de persoonlijke context van patiënten’.

Implementatie:

- Nieuwe visie op kwaliteit betekent vooral inzet op samen leren en verbeteren.

³² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/10/01/visie-van-de-kwaliteitsraad-op-kwaliteit-van-zorg>

5.2.4 'Zorg voor de Toekomst' (VWS 2020)

In de *Discussienota Zorg voor de Toekomst* die het ministerie van VWS in december 2020 heeft uitgebracht staat de vraag centraal hoe de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg ook voor de toekomst kan worden gegarandeerd. In de nota worden drie thema's besproken waarvoor verdere maatregelen nodig zijn: *Preventie & Gezondheid, Organisatie & Regie en Vernieuwing en Werkplezier*.

Het gaat om maatregelen die het welbevinden van mensen centraal zetten in onze gezondheidszorg én om maatregelen die ervoor zorgen dat financiële prikkels verandering ondersteunen en excessieve productieprikkels worden weggenomen.

De verandering vraagt onder meer om het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg (Juiste Zorg op de Juiste Plaats; JZOJP). De praktijk laat zien dat dit toekomstperspectief realistisch en haalbaar is, maar om de goede voorbeelden breed in de samenleving te realiseren blijkt nog weerbarstig. Geconstateerd wordt dat er meer nodig is.

Preventie en gezondheid:

Het ministerie benoemt dat er veel winst te behalen is door gezondheid voorop te zetten en zorg te voorkomen. Een belangrijke zwakte van onze zorg betreft echter de focus op ziekte en het verlenen van zorg. Een vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl, en dus vermijdbaar is. Er is daarom een beweging nodig naar het bevorderen van gezondheid. Dat vraagt onder andere om meer focus op eigen regie, leefstijl en preventie, als ook om een krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek.

Verbinding met andere partijen is een noodzakelijke stap. Preventie en de samenwerking met het sociaal domein is van groot belang. Het belang van ontschotting vraagt speciale aandacht.

Organisatie en regie:

In het rapport wordt benoemd dat integrale gezondheidszorg een intensieve samenwerking van zorgpartijen vergt. Om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben, zijn verdere afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dat vraagt een intensivering van samenwerking tussen alle betrokken partijen. Ook is van belang dat de coördinatie tussen verschillende zorgsoorten verbetert. Er moet voorkomen worden dat de complexiteit van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd ertoe leidt dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Vernieuwing en werk:

'Zorg voor de toekomst' benadrukt dat vernieuwing essentieel is om de uitdagingen die op ons afkomen het hoofd te bieden. Innovatie via eHealth kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en dicht bij huis of thuis te kunnen bieden. Digitale zorg helpt bijvoorbeeld om zorg dicht bij huis of thuis te bieden, of om een andere leefstijl aan te nemen. Patiënt en zorgverlener kunnen samen besluiten waar digitale zorg in te zetten.

Tegelijkertijd blijft het van belang om kritisch te kijken of zowel zorgvernieuwingen als bestaande zorg zinnig en effectief is zijn. Dat vraagt om het bevorderen van gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg. Verbetering van de kwaliteit van zorgverlening en organisatie van de zorg vraagt bovendien om meer voor en van de zorgverleners, en minder werk- en regeldruk. Dit maakt het vak aantrekkelijk om uit te (blijven) oefenen. Een betere elektronische uitwisseling van gegevens ondersteunt de onderlinge communicatie en afstemming omwille van persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg vraagt om een brede opleiding waarin ook leefstijl en aandacht voor de sociale problematiek belangrijke onderdelen vormen.

Wat betekent 'Zorg voor de toekomst' (VWS 2020) voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- Een belangrijke zwakte van onze zorg betreft de focus op ziekte en het verlenen van zorg.
- Preventie en de samenwerking met het sociaal domein is van groot belang.

Implementatie:

- Integrale gezondheidszorg vraagt intensieve samenwerking van zorgpartijen.
- Ontschotting is nodig voor effectieve samenwerking.
- Een betere elektronische uitwisseling van gegevens ondersteunt de onderlinge communicatie en afstemming omwille van persoonsgerichte zorg.
- Innovatie via eHealth kan helpen om zorg meer persoonlijk en dicht bij huis of thuis te kunnen bieden.
- Het blijft van belang kritisch te blijven kijken of zowel zorgvernieuwingen als bestaande zorg zinvol en effectief is zijn. Dat vraagt om het bevorderen van gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg.

5.2.5 Acute zorg binnen de geboortezorg

Op het gebied van de acute zorg in Nederland zijn er veel landelijke ontwikkelingen. Zo is in een houtkoolschets³³ uit 2020 door VWS een eerste verkenning opgesteld in het denken over de toekomstige inrichting van de acute zorg met bijpassende bekostiging en financiering. De nieuwe inrichting die beschreven wordt is gericht op zes pijlers:

- Voorkomen van acute zorg.
- Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg.
- Meer acute zorg thuis.
- Integrale spoedposten.
- Hoog complexe of levensbedreigende acute zorg.
- Traumacentra.

Om dit toekomstbeeld te bereiken en deze transitie te laten slagen zijn vijf aspecten heel belangrijk. Ten eerste is het essentieel dat een zorgprofessional in een spoedeisende situatie over alle essentiële en actuele (medische) gegevens kan beschikken. Ten tweede is het belangrijk dat er nieuwe glasheldere en handhaafbare normen ontwikkeld worden op het gebied van infrastructuur, kwaliteitseisen, samenwerking, volume, reisafstanden, slimme zorg en gegevensuitwisseling. Ten derde zal slimme (digitale) zorg en ondersteuning optimaal ingezet moeten worden. Ten vierde, als we de noodzakelijke veranderingen in het acute zorglandschap goed willen laten slagen, is het noodzakelijk dat besluiten via een gedragen werkwijze tot stand komen. Zonder duidelijk besluitvormingsmechanisme gaan we deze transitie niet voor elkaar krijgen. Tot slot is de betaalbaarheid van de zorg een belangrijke voorwaarde. Een betere inrichting van de acute zorg moet ook bijdragen aan de beheersbaarheid van de zorgkosten

³³ VWS: houtkoolschets acute zorg 2020

De acute geboortezorg is een wezenlijk onderdeel van de integrale geboortezorg. Deze kunnen niet los van elkaar beschouwd worden. Anders organiseren van de acute geboortezorg heeft grote impact op de organisatie van de overige geboortezorg. KPMG heeft in 2018 laten zien dat, in tegenstelling tot het overgrote deel van de spoedzorg, bij concentratie van de acute geboortezorg cascade-effecten optreden (KPMG-rapport “Cascade-effecten bij concentratie spoedzorg in beeld”, 2018).

Uit het rapport van de Gezondheidsraad “45-minutennorm in de spoedzorg” uit 2020 blijkt dat er weinig onderbouwing is van de 45-minutennorm en dat maatwerk in normering nodig is voor verschillende spoedzorgsituaties. Voor de geboortezorg onderstreept de Gezondheidsraad dat het risico op een bevalling buiten een zorginstelling (en daarmee het risico op een ongunstige uitkomst voor moeder en kind) toeneemt als de reisafstand meer dan 60 minuten van het dichtstbijzijnde geboortecentrum of ziekenhuis is. Daarnaast geeft de Gezondheidsraad aan dat een reisafstand tussen huisadres en ziekenhuis van meer dan 20 minuten geassocieerd is met hogere perinatale mortaliteit en morbiditeit, vooral voor vrouwen met een hoog risico zwangerschap bij het begin van de baring.

Wat betekenen de Houtskoolschets, Het KPMG-rapport over cascade-effecten en het rapport van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm voor de doorontwikkeling van de ZIG:

- Minimumnormen voor beschikbaarheid en bereikbaarheid moeten overeind blijven en expliciet benoemd worden.
- Bij veranderingen in het zorglandschap moet voldoende oog zijn voor de minimumnormen en wat ervoor nodig is om deze te kunnen blijven halen.

6. Conclusies en aanbevelingen op basis van uitkomsten uitgevoerde evaluaties

In de voorgaande hoofdstukken zijn de uitkomsten van een groot aantal onderzoeken, evaluaties en ontwikkelingen en wat deze betekenen voor de doorontwikkeling en implementatie voor de ZIG beschreven. In dit hoofdstuk brengen wij de hoofdconclusies samen en doen we aanbevelingen voor de doorontwikkeling en verdere implementatie van de ZIG.

6.1 Conclusies en aanbevelingen over de systematiek van de ZIG

In de huidige ZIG wordt, op hoofdlijnen, niet alleen de basiszorg die elke zwangere of kraamvrouw zou moeten krijgen beschreven, maar ook hoe deze zorg uitgevoerd moet worden. De huidige ZIG is een verzameling van ambities, normen, richtlijnen en zorgpaden. Het onderscheid tussen verschillende niveaus is niet gestructureerd en niet altijd helder. Ook bestaat een behoefte om o.b.v. nieuwe inzichten sneller aanpassingen door te kunnen voeren. In de doorontwikkeling van de ZIG zal hiermee rekening gehouden moeten worden.

Structurering van de ZIG

Uit de vorige hoofdstukken blijkt dat de landelijke geboortezorgpartijen, VSV's en consortia behoefte hebben aan een landelijk kwaliteitskader dat beschrijft welke landelijke veldnormen nagestreefd moeten worden in de geboortezorg, maar dat niet (in alle detail) voorgeschreven wordt hoe in de regio's deze veldnormen behaald moeten worden. Dit doet recht aan de plicht en het streven van de geboortezorg om in geheel Nederland geboortezorg te bieden vanuit een landelijk afgesproken kwaliteitsniveau en aan de verschillen in zorgaanbod en de organisatie van zorg in geboortezorgnetwerken. Daarnaast maakt het een ieders verantwoordelijkheid helderder. Een aandachtspunt hierbij is wel de diversiteit in regionale zorgpaden door regionale invloeden. Dit zet het uitgangsprincipe dat overal dezelfde kwaliteit van zorg verwacht mag worden onder druk. Er zal dus nagedacht moeten worden over de wenselijkheid en mate van standaardisatie van regionale zorgpaden voor het behoud van kwalitatief gelijkwaardige zorg in alle regio's

Aanbevelingen:

- Creëer een nieuwe structuur van de ZIG met een helder onderscheid tussen landelijke veldnormen, landelijke richtlijnen en regionaal in te kleuren zorgpaden.
- Werk het vraagstuk uit rondom de wenselijkheid en mate van standaardisatie en maatwerk van regionale zorgpaden.

Leren en verbeteren: richtlijnen, indicatoren en onderzoek

Uit verschillende onderzoeken komt de wens naar voren te leren en te verbeteren en nieuwe inzichten sneller naar de praktijk te brengen. De voorgestelde nieuwe structuur voor de ZIG betekent dat de ZIG, waarin primair de veldnormen worden vastgelegd, kleiner van omvang wordt dan de huidige ZIG en niet zeer frequent geüpdatet hoeft te worden.

De achterliggende landelijke richtlijnen, waarnaar in de nieuwe ZIG verwezen gaat worden, vragen echter wel regelmatige actualisatie. De in het RIVM-rapport geuite aanbeveling betreft het opstellen van een multidisciplinair gremium dat aan integrale kwaliteitsverbetering werkt en, in samenhang, multidisciplinaire richtlijnen opstelt. In het Berenschot-rapport wordt gepleit voor het opstellen van landelijke multidisciplinaire richtlijnen met daarvan afgeleide (proces)indicatoren en modelzorgpaden. Op dit moment wordt door het CPZ en de landelijke geboortezorgpartijen hieraan gehoor gegeven door het uitwerken van het idee van overzicht en coördinatie van de ontwikkeling van integrale richtlijnen en de criteria die we eraan stellen. Samen met de KNOV wordt een pilot gedaan met het gezamenlijk ontwikkelen van een richtlijn onder regie van het CPZ.

In diverse onderzoeken is aanbevolen om meer overzicht en coördinatie na te streven in de ontwikkeling van richtlijnen. Bij de ontwikkeling van deze landelijke richtlijnen is de wens dat nieuwe inzichten gemakkelijk doorgevoerd kunnen worden.

Aanbevolen wordt (op termijn) een plan te ontwikkelen voor (door)ontwikkeling van integrale richtlijnen o.b.v. onderzoek (bijvoorbeeld vanuit programma's ZonMw of ander onderzoek ter verbetering van kwaliteit van zorg) en ervaringen in de praktijk. Deze praktijkervaringen zijn te verzamelen met dataverzameling zoals de (proces)indicatoren. Zo wordt helder welke onderzoeken op welke verbeterambitie betrekking hebben en kunnen resultaten sneller verwerkt worden in richtlijnen en dus worden toegepast in de praktijk. De onderzoeken kunnen aangeven wat het niveau moet zijn per verbeterambitie en vice versa. Aan de verbeterambities kan gericht onderzoek gekoppeld worden.

Aanbevelingen:

- Versterk het kwaliteitsbeleid in de sector door met elkaar af te spreken wat op landelijke tafels ligt, wat op regionale tafels en wat bij de individuele zorgverlener en richt hier het leren en verbeteren op in.
- Maak een aanzet voor uitwerking van minimum- en streefnormen.
- Streef naar coördinatie en overzicht van de ontwikkeling van integrale richtlijnen.
- Koppel onderzoek aan richtlijnontwikkeling en metingen/ervaringen in de praktijk.

6.2 Conclusies en aanbevelingen over inhoudelijke onderwerpen in de ZIG

Uit de evaluaties komt een aantal grotere inhoudelijke aandachtspunten naar voren die relevant zijn voor de doorontwikkeling van de ZIG. In het onderstaande worden niet alle kleine actualiseringen toegelicht die tot regulier onderhoud behoren. Onder "regulier onderhoud" verstaan we met name aanpassingen op het gebied van nieuwe regelgeving en zorgontwikkelingen.

Uit de MTR en het Berenschotrapport komt naar voren dat de ontwikkeling van integrale samenwerking vooral begint bij de wil om vanuit het integrale perspectief de beste zorg te bieden aan moeder, kind en gezin. Berenschot geeft aan dat er daarom een verschuiving nodig is van het 'samenwerken als doel op zich' naar het 'in samenhang werken aan gelijkgerichte doelen'

Aanbevelingen:

- Verleg in de ZIG de focus van samenwerken als doel op zich naar werken in samenhang aan zorginhoudelijke gelijkgerichte doelen.
- Verleg de focus naar het wát en dus op het doel i.p.v. op het hóe. Bied de mogelijkheid voor regionale invullingen die recht doen aan de regionale visie en wil om vanuit het integrale perspectief de beste zorg te bieden aan moeder, kind en gezin, vanuit de quadruple aim.

Heldere definitie integrale geboortezorg

In de ZIG staat helder omschreven wat integrale geboortezorg inhoudt. Uit de evaluaties blijkt dat nog niet voldoende eenduidig wordt doorleefd wat hiermee exact wordt bedoeld en beoogd. Enerzijds moet het landelijk beleid duidelijkheid verschaffen. Anderzijds hebben regio's behoefte aan duidelijk kader zodat een gezamenlijk eenduidige visie ontwikkeld kan worden op geboortezorg in hun regio.

Dit blijkt met name uit de MTR. Zowel op landelijk niveau als op regionaal niveau bestaan er verschillen in interpretatie van integrale geboortezorg. Zoals ook blijkt uit het onderzoek van Berenschot, is het zonder een eenduidige visie, zowel bij de landelijke partijen als in de regio, niet goed mogelijk om samenwerkingsafspraken, richtlijnen en zorgpaden te maken, een organisatie in te richten en staan de onderlinge verhoudingen onder druk. Zolang hier geen eenduidigheid over is, zal dit de samenwerking en doorontwikkeling op landelijk en regionaal niveau van integrale geboortezorg blijven hinderen en de landelijke implementatie van de ZIG vertragen. Ook belemmert dit de ontwikkeling van professionele geboortezorgnetwerken en heeft het een negatief effect op de onderlinge verhoudingen op alle niveaus. Het eenduidig krijgen van de visie op integrale geboortezorg en (netwerk vs. keten, shared vs. stepped care) is daarom van cruciaal belang.

Helder kader samenwerkingsafspraken.

Het doel van de Integrale geboortezorg is het verbeteren van de zorg door een integrale multidisciplinaire aanpak. In de ZIG wordt deze aanpak beschreven. Goede samenwerking is hiervoor noodzakelijk. In de praktijk blijkt ook dat de implementatie van de ZIG de samenwerking heeft bevorderd. Naast een heldere definitie van integrale geboortezorg afspraken is het van belang de samenwerkingsafspraken uit de VIL van 2003 te moderniseren, zodat er bij de uitvoering van de ZIG in de regio uitgegaan kan worden van hedendaagse, eenduidige en bruikbare samenwerkingsafspraken binnen de geboortezorg. In de nieuwe afspraken, waarin de stem van de client luider meeklinkt, zouden competenties en benodigde faciliteiten (anders dan functie) een belangrijke rol moeten hebben. In de nieuwe VIL staat dan niet de vraag centraal welke professionals de zorg moeten leveren, maar aan welke competenties moet een professional voldoen om de zorg te kunnen leveren en wat zij daarvoor nodig hebben.

In 2019 is door het CPZ met de landelijke geboortezorgpartijen een traject gestart om de VIL te moderniseren. De bedoeling is om, conform de aanbeveling in de ZIG dit herijtingsproces af te ronden in 2021 en de samenwerkingsafspraken vervolgens te incorporeren in de ZIG.

Aanbevelingen:

- Verhelder de definitie van integrale geboortezorg voor de landelijke en de regionale geboortezorgpartijen zodat er geen interpretatieverschillen meer mogelijk zijn voor de uitvoering.
- Neem gemoderniseerde samenwerkingsafspraken (VIL) in de ZIG op.

Perinataal webbased dossier

Een Perinataal webbased dossier wordt in de ZIG gezien als een belangrijk middel om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de perinatale zorg te verbeteren. De gedachte om te komen tot één perinataal webbased dossier is in de Nederlandse geboortezorg inmiddels verlaten. Vanuit landelijk beleid is vastgesteld dat bestaande digitale dossiers met elkaar naadloos moeten kunnen communiceren waarbij de cliënt aangeeft wie over welke informatie kan beschikken vanuit zijn PGO (Persoonlijke Gezondheids Omgeving). De Wegiz (Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg) schrijft voor dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners elektronisch dient te verlopen. BabyConnect is de tijdelijke organisatie die de VSV's ondersteunt om dit te realiseren. De ZIG dient aangepast te worden op het huidige beleid rondom digitale gegevensuitwisseling met een verwijzing over mogelijkheden hoe dit uit te voeren in de regio. Ook de Wabvpz, die stelt dat de cliënt recht heeft op kosteloze elektronische inzage in het dossier en recht heeft op logging, zal meegenomen worden in de herziening.

Aanbeveling:

- Herschrijf het onderwerp digitale uitwisseling en inzage cliëntengegevens in de ZIG.

Coördinerend zorgverlener

In de ZIG uit 2016 is benoemd dat elke zwangere gedurende de zwangerschap één vast aanspreekpunt heeft, de coördinerend zorgverlener. Uit de praktijk blijkt dat, *als* er al een coördinerend zorgverlener wordt in ingezet, deze veelal aan zwangere in kwetsbare situaties wordt gekoppeld en niet zozeer aan alle individuele zwangeren binnen een VSV. Uit de evaluaties blijkt dat het voor veel VSV's praktisch gezien lastig is om voor elke zwangere een coördinerend zorgverlener aan te wijzen.

Aanbeveling:

- Herijk de definitie van de coördinerend zorgverlener. Wat is het doel en welke competenties zijn nodig om deze rol te vervullen?

Interprofessioneel geboortezorgteam, multidisciplinair overleg

Over het interprofessioneel geboortezorgteam en MDO bestaat in de praktijk veel onduidelijkheid. Uit deze evaluatie blijkt dat niet alleen dat de termen door elkaar gehaald worden maar ook dat zowel het interprofessioneel geboortezorgteam als het MDO binnen VSV's verschillend wordt ingezet. Een deel van de MDO's richt zich op intakes, een deel op overleggen gedurende de zwangerschap en een deel van de VSV's doet beide. De ambitie in de ZIG om elkaar meer te consulteren en minder te verwijzen blijft, samen met de quadruple aim gedachte, ook heden ten dage overeind. Dat betekent dat binnen VSV's gedurende het gehele zorgtraject de mogelijkheid tot een georganiseerd MDO moet bestaan. De grote verscheidenheid aan invulling van het MDO en interprofessioneel geboortezorgteam en de veelgehoorde klacht over het tijdrovende karakter van dit overleg vraagt om evaluatie en explicitering van de MDO-mogelijkheden. Streven is om

regionaal samen de zorgpaden op te stellen, vast te stellen en regelmatig te evalueren. Daarnaast dient er interprofessioneel overleg te zijn bij elke individuele zwangere.

Aanbeveling:

- Scherp de definities aan van een interprofessioneel geboortezorgteam en een MDO en doe onderzoek hoe deze effectief en efficiënt kunnen worden ingericht.

De cliënt centraal

Een belangrijk uitgangspunt in de ZIG is dat de (aanstaande) ouder(s) gelijkwaardig partner is (zijn), de aanstaande moeder regie heeft over haar eigen zorg en samen beslist met de zorgprofessional. Cliëntenparticipatie en keuzevrijheid zijn belangrijke waarden in de integrale geboortezorg. Goede betrokkenheid van de ouder(s) heeft immers een positief effect op de integrale aanpak in de keten en bevordert de positie van de cliënt als gelijkwaardige partner.

De cliënt centraal is het uitgangspunt van de ZIG. Ook in de doorontwikkeling van de ZIG blijven de cliënt centraal en als gelijkwaardig partner de uitgangspunten. Uit de MTR blijkt dat dit uitgangspunt de volle aandacht heeft van de geboortezorg, maar nog niet overal tot volle bloei is gekomen. Een aantal zaken vraagt aanpassing in de ZIG en/of verwijzing naar onderliggende richtlijnen.

Cliëntenparticipatie in VSV-beleid

VSV's worstelen met het organiseren van en werken met zo'n ouderadviesraad. De doelstelling van de raad wordt in de ZIG niet expliciet omschreven. Het lijkt goed om de doelstelling van de raad explicieter te formuleren en juist niet te focussen op de vorm waarin deze formulering moet plaatsvinden. Er zijn meerdere mogelijkheden van cliëntraadpleging om deze doelstelling te bereiken binnen het VSV.

Het is belangrijk om nader te onderzoeken wat effectieve manieren zijn om cliënten te betrekken bij het VSV-beleid en de ZIG. De ervaringen van de cliënt met de geboortezorg moeten beter gemonitord worden. Goede ICT-ondersteuning, zowel in het primair als in het secundair data-uitwisselingsproces, is hierbij noodzakelijk. Daarnaast kan een landelijk cliëntenpanel ondersteuning bieden aan de partijen om snel cliënten te kunnen raadplegen over nieuwe ontwikkelingen.

Samen beslissen

Uit de MTR blijkt dat 'Samen Beslissen' sterker verankerd mag worden in de ZIG, aangezien dit destijds vrij summier is beschreven. Uit de aangepaste WGBO maken wij daarnaast op dat de zorgprofessional in de geboortezorg een aangescherpte informatieplicht heeft. Uit de belronde van het CPZ komt het beeld naar voren dat gezamenlijke, eenduidige voorlichting nog maar matig van de grond komt. Hierop kan de ZIG aangescherpt worden. Van belang is dat de cliënt in haar gehele zorgtraject eenduidige voorlichting op maat ontvangt.

Het individueel geboortezorgplan zal niet alleen over de bevalling moeten gaan, maar bestrijkt het gehele zorgtraject van (as) zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

Aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de ZIG:

Inhoud:

- Expliciteer Samen Beslissen in de integrale geboortezorg in de ZIG en de richtlijnen.
- Leg in de ZIG vast wat de doelstelling is van cliëntenparticipatie in de regio en laat aan de regio's over hoe ze dit willen vormgeven.

- Herijk 'informerende cliënten' vanuit een aanscherping in de WGBO.
- Hou oog voor meer ruimte voor keuzen die aansluiten bij de persoonlijke context van patiënten.
- Bewaak gezamenlijke eenduidige voorlichting en keuzehulp.
- Herijk het individueel geboortezorgplan.

Implementatie:

- Zet goede ICT-ondersteuning in op het gebied van delen van PREM en PROM-vragenlijsten en resultaten.

Preventie, goede start, zwangeren in kwetsbare situaties

Vooruit uit het RIVM-rapport komt expliciet naar voren dat een complex samenstel van veranderende sociaaleconomische en leefstijl-factoren het risicoprofiel bepaalt van onze populatie zwangeren en daardoor de hoogte van de babysterfte en de morbiditeit. Voor een zo goed mogelijke zwangerschapscitkomsten en een zo laag mogelijke vermijdbare perinatale mortaliteit is verbinding van de geboortezorg met de JGZ en het sociaal domein essentieel. Het streven is om de (aanstaande) zwangeren in kwetsbare situaties eerder te signaleren en te voorzien van de juiste zorg en/of begeleiding. Het prenataal huisbezoek vanuit de JGZ is vanaf 1 januari 2022 in de Wpg wettelijk verankerd. Dit zet de term 'integraal huisbezoek' zoals deze nu beschreven staat in de ZIG, ook in een ander daglicht en moet worden meegenomen in de doorontwikkeling van de ZIG.

Aanbeveling:

- Benoem in zowel de ZIG als in de verwijzing naar de onderliggende richtlijnen dat een complex samenstel van veranderende risicofactoren het risicoprofiel bepaalt van onze populatie zwangeren.
- Expliciteer in de ZIG de inspanningsverplichting van zowel het sociaal domein als de JGZ als de geboortezorg om samen te werken.
- Verwerk het prenataal huisbezoek van de JGZ in de ZIG.

Preconceptiezorg

De ZIG is gericht op zorgverleners in de geboortezorg. In de ZIG staat dat VSV's een preconceptieconsult moeten aanbieden. Voor verloskundige zorgverleners is het belangrijk dat ze een preconceptieconsult ook kunnen uitvoeren. Echter, om de toekomstige zwangeren te bereiken zijn derden nodig. Wie welke verantwoordelijkheid heeft om het doel van preconceptiezorg te bereiken zal beter omschreven moeten worden zodat adequaat verwezen kan worden.

Aanbeveling:

- Leg vast dat voor goede preconceptiezorg ook partijen buiten de geboortezorg nodig zijn.
- Omschrijf wie welke verantwoordelijkheid heeft om het doel van preconceptiezorg te bereiken.

Bereikbare en beschikbare zorg

Toekomstige beleidsontwikkeling rond spoedzorg en organisatie van zorg, waarvan in de Houtskoolschets acute zorg 2020 de eerste bespiegelingen aan het papier zijn toevertrouwd,

kunnen grote effecten hebben op de geboortezorg. De acute geboortezorg is een wezenlijk onderdeel van de integrale geboortezorg. Anders organiseren van de acute geboortezorg heeft grote impact op de organisatie van de overige geboortezorg i.v.m. aanrijtijden en 24/7 beschikbaarheid acute zorg. Het is van cruciaal belang dat goed oog gehouden wordt op het borgen van het integrale karakter van de geboortezorg, de veiligheid, de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van die zorg, nu en in de toekomst.

De in het rapport van KPMG voorgestelde maatregelen om het cascade-effect te beperken lijken in de praktijk niet altijd goed uitvoerbaar en arbeidsmarktdynamiek is voor de geboortezorg onvoldoende in beeld.

Het uitgangspunt dat nu in de ZIG benoemd staat, namelijk dat 24/7 bereikbare acute zorg beschikbaar moet zijn, moet gehandhaafd blijven. De herinrichting van de acute geboortezorg mag niet leiden tot een verhoogde mortaliteit en morbiditeit onder moeders en kinderen.

Aanbeveling:

- Handhaaf uitgangspunt acute geboortezorg 24/7 bereikbaar en beschikbaar te houden en normeer hiervoor in de ZIG.
- Bewaak bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute geboortezorg bij de toekomstige inrichting van het (acute) zorglandschap.

6.3 Conclusies en aanbevelingen over de implementatie van de ZIG

ZIG aanpassen aan nieuwe vereisten kwaliteitskader

Inmiddels is de leidraad voor kwaliteitsstandaarden van het ZiN aangepast op nieuwe inzichten. Bij elke kwaliteitsstandaard wordt nu ook een impactanalyse (o.a. financiële consequenties), een paragraaf over duurzaamheid en een informatieparagraaf gevraagd. Bij de ZIG is destijds een implementatieplan ontwikkeld o.b.v. inbreng van landelijke geboortezorgpartijen en een enquête onder en gesprekken met VSV's. Een omissie bij de ontwikkeling van de ZIG in 2016 was het ontbreken van een haalbaarheidstoets.

Een informatieparagraaf is een onderdeel van een kwaliteitsstandaard. Het bepaalt wat er uitgewisseld wordt in digitale gegevensdeling. De informatieparagraaf van de kwaliteitsstandaard vormt de basis voor de wettelijk te verplichten specifieke gegevensuitwisselingen. Het beschrijft stap voor stap het zorgproces en hoe deze stappen in systemen worden ondersteund in samenhang met NEN-normen.

De impact van de ZIG was niet goed in beeld, de data om de impact goed te duiden waren (en zijn ook nu nog) niet beschikbaar. Het gevolg was een te ambitieus tijdspad. Ten tijde van de implementatie is wel gekeken naar knelpunten maar is niet gekeken hoe en op welke termijn deze opgelost konden worden.

Ondertussen zijn VSV's zich meer bewust geworden van de inhoud van de ZIG en wat dat voor hen (organisatorisch) betekent. Bij de herijking van de ZIG moet onderzocht worden of de financiële vergoeding die is opgenomen in de tarieven dekkend is voor alle partijen. Ook moet goed gekeken worden naar de haalbaarheid rond digitale gegevensuitwisseling.

De nieuwe leidraad van het ZiN voor kwaliteitsstandaarden maakt dat bij de herijking van de ZIG een impactanalyse, een informatieparagraaf en overwegingen m.b.t. duurzaamheid verplicht zijn.

Aanbeveling:

- Stel een impactanalyse en een informatieparagraaf op bij doorontwikkeling ZIG voor een soepeler verdere implementatie.
- Onderzoek de duurzaamheidscomponent zoals bedoeld en beschreven in het Zin kwaliteitskader.

Randvoorwaarden

Uit de evaluaties en metingen blijkt dat bijna alle VSV's zijn gestart met samenwerking langs de inhoudelijke ZIG-lijn: samen protocollen en zorgpaden opstellen en gezamenlijke multidisciplinaire overleggen (MDO's) organiseren. In alle VSV's is een structuur ingericht om die inhoudelijke samenwerking te ondersteunen. Ook uit de indicatoren bij ZIN kan progressie worden opgemaakt. Dit wil niet zeggen dat de implementatie van de ZIG door het veld wordt ervaren als een eenvoudige opgave. Uit vrijwel alle onderzoeken en gesprekken blijkt dat VSV's en professionals tegen knelpunten en vraagstukken aan lopen, waarvoor niet altijd in VSV's de kennis en/of middelen aanwezig zijn, of die buiten de directe invloedssfeer liggen (Berenschot). Uit de evaluaties blijkt dat in de ZIG meerdere activiteiten beschreven staan die niet altijd uitvoerbaar blijken of als niet uitvoerbaar worden ervaren door zorgverleners. Redenen hiervoor zijn onduidelijkheid over wat bedoeld wordt, regelgeving, onduidelijkheid hoe de in- en uitvoering van de ZIG-elementen bekostigd worden en afhankelijkheid van derden. Voorbeelden zijn het actief aanbieden van preconceptionele zorg en het gebruik van de PIL, interpretatie en implementatie van de coördinerend zorgverlener, interpretatie en implementatie van het MDO, in- en uitvoering van continue begeleiding en de invoering het perinatale webbased dossier. (Zie bijlage).

Vooraf uit de evaluatie van Berenschot komt naar voren dat, naarmate VSV's verder komen in hun samenwerking, ze tegen vraagstukken en knelpunten aanlopen die niet op regionaal niveau zijn op te lossen. Men loopt tegen grenzen en schotten aan in het Nederlandse zorgstelsel voor wat betreft de zorginhoudelijke samenwerking die cliëntgebonden is en beleid dat nog monodisciplinair is ingericht (regelgeving, financiering en bekostiging, gegevensuitwisseling, toezicht etc.) om het netwerk draaiende te houden. Systemen en randvoorwaarden in de zorg zijn nog niet afdoende lijn- en domeinoverstijgend en integraal georganiseerd voor integrale geboortezorg. Dit is een fundamenteel knelpunt en hindert de volledige implementatie van de ZIG en vraagt aandacht bij de doorontwikkeling van de ZIG en de verwachtingen t.a.v. snelheid van volledige implementatie.

Aanbeveling:

- Zet in op realisatie randvoorwaarden voor lijn- en domeinoverstijgende integrale geboortezorg en effectieve geboortezorgnetwerken.

Professionalisering geboortezorgnetwerken

Uit de evaluaties blijkt dat vooral de ontwikkeling en professionalisering van VSV's sterk achterblijft bij de oorspronkelijke planning. Zoals ook helder blijkt uit de verschillende evaluaties, met name uit het Berenschotrapport, vragen VSV-taken vaak andere competenties en vaardigheden dan dat de inhoudelijk professionals hebben of ambiëren. Het organiseren van ondersteuning hierin leidt tot zowel professionalisering van een VSV, een lagere belasting van de zorgverleners als meer voortgang op de implementatie van de ZIG. Voor een effectieve in- en uitvoering van de ZIG is het van belang dat geboortezorgnetwerken effectiever worden. Het onderzoek van Berenschot bevestigt dat er tussen VSV's grote verschillen bestaan in de mate van het functioneren als effectieve geboortezorgnetwerken. Ook uit het onderzoek van het RIVM komt naar voren dat het versterken van VSV's aandacht vraagt.

Aanbevelingen:

- Zet in op professionalisering VSV's: adequate, gestructureerde ondersteuning van VSV's in hun ontwikkeling naar professionele, effectieve geboortezorgnetwerken.
- Zet in op realisatie randvoorwaarden om dit mogelijk te maken: passende bekostiging, digitalisering, gegevensuitwisseling, sturingsinformatie.

Leren en verbeteren: monitoring en leren van elkaar

Cyclisch werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg is een belangrijke doelstelling binnen de ZIG. Meten is belangrijk voor het verminderen van ongewenste praktijkvariatie, kwaliteitsverbetering, organiseren en bevorderen van de juiste zorg op de juiste plaats en ontwikkelen van beleid t.b.v. minimaliseren van de perinatale morbiditeit en mortaliteit. De visie van de kwaliteitsraad van het ZiN is inzet op samen leren en verbeteren.

Hierbij ligt de focus op het samen leren op welke wijze voor een patiënt(engroep) de zorg de meeste waarde kan toevoegen (waardegedreven zorg). Hierbij is het bespreken en vergelijken van patiënt reported outcome measure (PROM'S) een belangrijk aspect.

Deze nieuwe ontwikkeling kan echter niet los worden gezien van het gericht meten van zorg, de evaluaties van deze metingen en het vergelijken en leren van elkaar door benchmarking. In de ZIG wordt het kwaliteitsbeleid uitgewerkt in de vorm van audits, benchmarking en deskundigheidsbevordering. Op dit moment is op geen enkel niveau, noch op het gebied van de landelijke indicatoren (datakwaliteit), noch op het gebied van de kwantitatieve onderbouwing bij de PAN, noch bij de regelmatige evaluatie van de regionale zorgpaden aan de hand van procesindicatoren behorende bij deze zorgpaden, de sturingsinformatie voor kwaliteitsverbetering in de geboortezorg echt op orde. Al zijn de afgelopen jaren, op onderdelen, flinke stappen gemaakt, moeten we concluderen dat er ook nog een hele weg te gaan is.

In alle fasen, van het bepalen van welke info nodig is voor kwaliteitsverbetering tot terugkoppeling van uitkomsten aan het VSV of de professional, is nog veel te verbeteren. Op dit moment kan het leren en verbeteren in een VSV nog niet optimaal ondersteund worden door systematisch gebruik te maken van zorginhoudelijke data, patiënt gegenereerde informatie, VIM-meldingen, klachten etc. Hiervoor is ook naast een professionele lerende attitude ook organisatievermogen en betere data uitwisseling nodig. De resultaten van het BUZZ-project en de andere twee projecten die in de geboortezorg momenteel omarmd (Santeon en SAZ) worden op het gebied van waardegedreven zorg (ca. 30 van de 71 VSV's, of delen daarvan, doen eraan mee). Belangrijk punt is het verder beheer en doorontwikkeling van het gedachtengoed en de databases van waardegedreven zorg.

Aanbevelingen:

- Zet in op snelle ontwikkeling sturingsinformatie op landelijk en regionaal niveau. Sturingsinformatie die breder is dan de set uitkomstindicatoren voor ZiN. Daarbij valt te denken aan cliëntenervaringen, procesindicatoren, maar ook capaciteit etc..
- Omschrijf de veldnormen helder, maar laat wel ruimte voor regionale invulling. Gepleit wordt voor landelijke multidisciplinaire richtlijnen met daarvan afgeleide modelzorgpaden met (proces)indicatoren die VSV's kunnen gebruiken bij het invullen van de regionale zorgpaden. Het geheel kan vervolgens gebruikt worden voor vergelijken, leren en verbeteren.

- Creëer een systematiek waarbinnen VSV's op regionaal niveau de zorginhoudelijke doelen formuleren. Creëer daarmee een concreet doel voor het systematisch verbeteren met de PDCA-cyclus en monitor dit voor het leren van elkaar op VSV-niveau en sector breed.
- Breng onderzoek-richtlijnontwikkeling-praktijk meer in samenhang.

Verbinding medisch-sociaal domein

Uit de evaluatie blijkt dat – ondanks de inzet van Kansrijke Start³⁴ en Kansrijke Ontmoetingen³⁵ de aansluiting tussen het VSV en de lokale coalitie niet altijd wordt gevonden en dat met het ontbreken van die aansluiting de zorg voor de zwangere in een kwetsbare situatie nog niet optimaal is.

Aanbeveling:

- Zet de ontwikkelingen voort om meer verbinding te creëren tussen het sociale en het medisch domein.
- Onderzoek hoe VSV's kunnen worden ondersteund in het effectief VSV-breed participeren in lokale coalities. Aandacht hierbij voor randvoorwaarden als bekostiging, wet- en regelgeving en (digitale) gegevensdeling.

Verplicht karakter van de ZIG

Met het plaatsen in het Register van het ZiN heeft de ZiG een verplicht karakter. De IGJ ziet hierop toe middels een toetsingskader. Maar in hoeverre kan het veld aangesproken worden als de randvoorwaarden niet op orde zijn? Eerst zullen dus de randvoorwaarden op orde moeten zijn alvorens de IGJ kan handhaven op naleving van de ZIG.

Aanbeveling:

- Ontwikkel vanuit een toekomstvisie een masterplan zodat IGJ de strengheid van haar toetsing daarop gefaseerd kan afstemmen.

³⁴ VWS heeft 2 jaar na het uitkomen van de ZIG het actieprogramma Kansrijke Start opgezet. Dit actieprogramma heeft tot doel om meer kinderen een kansrijke start te geven en richt zich op de eerste 1000 dagen van een kind. De uitvoering van het actieprogramma ligt op lokaal of regionaal niveau door het vormen van lokale coalities door gemeenten, de jeugdgezondheidszorg en de geboortezorg (VSV's) om een herinrichting van de keten in gang te zetten rond de eerste 1000 dagen van kinderen.

³⁵ CPZ stimuleert vanuit het project Kansrijke Ontmoetingen de verbinding vanuit de geboortezorg met het sociaal domein en de jeugdgezondheidszorg.

7. Witte vlekken

Een meta-analyse van bestaande onderzoeken en rapporten maakt – zoals verwacht – veel duidelijk. Maar niet alles. In dit hoofdstuk zetten we onze aanbevelingen t.a.v. vervolgonderzoeken op een rij.

Impactanalyse

5 jaar na de invoering van de ZIG is het niet mogelijk een impactanalyse te doen omdat de data daarvoor ontbreken. Aanbevolen wordt om versnelt in te zetten op het realiseren van sturingsinformatie geboortezorg breed, die nodig is om een met data onderbouwde impactanalyse te kunnen doen.

Waardegedreven zorg

Waardegedreven zorg is een concept dat veel aandacht heeft in de geboortezorg. Er lopen diverse pilots in de geboortezorg maar in de onderzoeken voor deze ZIG-evaluatie wordt er vrijwel geen melding van gemaakt. Het concept waardegedreven zorg zou een basis moeten zijn onder de doorontwikkeling van de ZIG en behoeft daardoor aandacht bij de doorontwikkeling van de ZIG.

Continuïteit van Zorg

Continue begeleiding bij de bevalling houdt in dat een professional continu aanwezig is vanaf het moment dat cliënte dat wenst tijdens haar bevalling tot en met de geboorte. Zowel de verloskundig zorgverlener als de kraamverzorgende kan deze zorg bieden. Continue begeleiding tijdens de bevalling lijkt nog weinig ingezet. De ondersteuning door een kraamverzorgende bij de bevalling (thuis, geboortecentrum, ziekenhuis) kan ook ‘vroegtijdig’ ingezet worden (vanaf actieve ontsluiting), maar dit lijkt nauwelijks te gebeuren. De bekostiging en domeinenstrijd spelen hier een rol. Dit vraagt om evaluatie en onderzoek.

Sociale criteria voor poliklinische bevalling

Er bestaat een mogelijkheid om zonder eigen betaling in een ziekenhuis te kunnen bevallen zonder medische indicatie, maar op sociale en/of geografische indicatie. Deze criteria zijn al in 2014 opgesteld en opgenomen in de ZIG. Deze criteria zijn sindsdien niet geëvalueerd en bijgesteld. Juist voor zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie moet de zorg zeer toegankelijk zijn. Het is daarom belangrijk (de toepassing van) de sociale criteria te evalueren en zo nodig deze, en het beleid hierop, te actualiseren.

Haalbaarheid

Uit de evaluatie blijkt dat in de ZIG meerdere activiteiten beschreven staan die niet altijd goed uitvoerbaar blijken voor zorgverleners. Redenen hiervoor zijn wet- en regelgeving, onduidelijkheid hoe de in- en uitvoering van de ZIG-elementen bekostigd moeten worden en afhankelijkheid van derden. Voorbeelden zijn het actief aanbieden van preconceptiezorg, gebruik van de PIL, implementeren van de rol van coördinerend zorgverlener en digitale gegevensuitwisseling.

Het is belangrijk dat bij herijking van de ZIG voldoende oog is voor de uitvoerbaarheid van alle elementen. Op dit moment zijn de randvoorwaarden onvoldoende op orde om de ZIG in al zijn facetten volledig te kunnen implementeren. Als de ZIG niet uitvoerbaar is, devalueert de standaard als een kader waarop gehandhaafd kan worden. Het is zaak dat nu stevig wordt ingezet op de realisatie van randvoorwaarden voor de ZIG en dat bij doorontwikkeling van de ZIG de haalbaarheid getoetst wordt.

Bijlage A. Bronnen en verwijzingen

- Stuurgroep zwangerschap en geboorte; J. van der Velden et al. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*.
- Expertgroep ZIG, Aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit ZiN (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.1*
- Expertgroep ZIG, (2020). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.2* (versie inclusief nieuwe regelgeving, naamgevingen, richtlijnen (o.a. de Preconceptie Indicatielijst (PIL)) en voorlichtingsmateriaal)
- Implementatiegroep ZIG, (2017). *Implementatieplan Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*
- Bo Geboortezorg, CPZ, Kind & Ziekenhuis, KNOV, NBvK, NVOG en Patiëntenfederatie Nederland. Utrecht, (2017), *Clïëntversie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*.
- College Perinatale Zorg, CPZ-deelnemers. (2017). *Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022. 'Integrale geboortezorg: Samen bevalt beter!'*
- College Perinatale Zorg, CPZ-deelnemers. (2018). *Preventieagenda voor de Geboortezorg 2018-2022. 'Samen aan de start voor een beter Nederland'*.
- College Perinatale Zorg, CPZ-deelnemers. (2019). *Agenda 2020-2022. 'Clïënt als gelijkwaardig partner. Samen beslissen in de integrale geboortezorg'*.
- College Perinatale Zorg, CPZ-deelnemers. (2021). *Midterm review strategische agenda 'Samen bevalt beter!'*
- RIVM (2020). *Beter Weten: een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap*.
- Schenau, Universiteit Twente, (2020) *Implementation of integrated birth care policy in the Netherlands, a process evaluation, masterthesis*.
- Berenschot, in opdracht van Zorginstituut Nederland (2021). *Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen*.
- IGJ, (2020). *Toetsingskader Integrale geboortezorg*.
- ZiN, Zorginzicht, *open data integrale geboortezorg*
- College Perinatale Zorg i.s.m. AJN, KNOV, NHG, NVAB, NVK, NVOG, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties, (2018), *Preconceptie Indicatie Lijst*.
- ZiN/Perined (2021) *Indicatorenset Integrale Geboortezorg Uitvraag keten geboortezorg (VSV's, ziekenhuizen, verloskundigen, kraamzorg) verslagjaar 2020 en 2021*.
- ZiN, (2020) *Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen*.
- ZiN, (2020) *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten Versie 3*.
- D&B, in opdracht van VWS (2020). *Drijfveren, obstakels en Kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen*
- RIVM (2020). *Monitor Kansrijke Start 2020*
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Discussienota Zorg voor de toekomst*.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2020). *Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Houtskoolschets acute zorg. Een discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap*.
- Gezondheidsraad. (2020). *45-minutennorm in de spoedzorg*.
- KPMG, (2018). *Cascade-effecten bij concentratie spoedzorg in beeld*.
- RVS, 2019: *De B van bekwaam, naar een toekomst bestendige BIG*.
- ZiN, NZa, (2022) *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*

- Kwaliteitsraad ZiN, (2019). *Samen leren en verbeteren, visie van de kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg.*
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet publieke gezondheid (PHB-JGZ)
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)
- Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)
- Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens zorg (Wabvpz)
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- College Perinatale Zorg, (2020). *verkenningen met VSV-besturen en consortia*
- College Perinatale Zorg (2019 en 2020). *Belronde*

Bijlage B. Afkortingen en begrippen

ActiZ	Brancheorganisatie zorgondernemers ouderen en chronisch zieken
BabyConnect	Versnellingsprogramma voor informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional voor instellingen in de geboortezorg.
Bo geboortezorg	Brancheorganisatie Geboortezorg behartigt de belangen van kraamzorgorganisaties in de geboortezorg.
BUZZ-project	Project Bespreken Uitkomsten Zwangerschap met de Zwangere (2018 - 2021) om de implementatie van waardegedreven geboortezorg en gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen.
CareCodex	Stichting die de zorg wil verbeteren door transparante, veilige, digitale informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en cliënt/patiënt mogelijk te maken. CareCodex is uitvoerder van het VIPP-programma BabyConnect.
Consortia	Regionale samenwerking van professionals en onderzoekers in de geboortezorg. Regionaal kennisnetwerk voor kwaliteitsverbetering van geboortezorg door multidisciplinair en lijnoverstijgend kennis te ontwikkelen en kennis te delen
CPZ	College Perinatale Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
Het Register	Digitaal overzicht van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten dat voor iedereen toegankelijk en kosteloos te gebruiken is.
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGO	Integrale Geboortezorg Organisatie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
Kansrijke	
Ontmoetingen	Onderdeel van programma Kansrijke Start met als doel verbindingen leggen en versterken tussen de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein op landelijk, regionaal en lokaal niveau.
Kansrijke Start	Landelijk actieprogramma van VWS om kwetsbare (aanstaande) ouders te ondersteunen zodat hun kinderen zo gezond mogelijk hun leven starten.
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDO	Multidisciplinair overleg
NEN-norm	Afspraken die marktpartijen onderling vrijwillig maken over de kwaliteit en veiligheid van hun producten, diensten en processen.
NPS+	Netto Promotor Score. Een VSV-indicator die cliënttevredenheid meet.
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
PDCA	Plan Do Check Act-methode voor verbeteren van kwaliteit. Ook wel Deming cirkel.
PGO	Persoonlijke Gezondheids Omgeving
PIL	Preconceptie Indicatielijst
PREM	Patient Reported Experience Measures
PROM	Patient Reported Outcome Measures
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Samen Beslissen	Het proces waarbij cliënt en zorgverlener samen zoeken naar de zorg en behandeling die het beste bij de cliënt past.
VIL	Verloskundige Indicatielijst

VIPP Programma	Door VWS geïntroduceerd versnellingsprogramma voor informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional voor instellingen in de zorg. Er zijn meerdere landelijke VIPP-programma's.
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIG	Zorgstandaard Integrale geboortezorg
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Bijlage C. Fasering Implementatieplan

Fase	Element ZIG	Stand van zaken zomer 2021
Fase 0 (deadline juli 2017)	Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent	Per juli 2017 had nog niet iedere zwangere de beschikking over een geen geboortezorgplan. Anno 2020 wordt in vrijwel alle VSV's gebruik gemaakt van een bevalplan dat zich m.n. richt op de bevalling. Samen beslissen heeft de afgelopen jaren veel aandacht gehad. Er is een toolkit ontwikkeld met handleidingen, voorlichtingsmateriaal, e-learning en een webinar. Samen beslissen heeft o.a. ook een impuls gekregen met BUZZ. Uit het onderzoek van Berenschot blijkt dat VSV's zeer gemotiveerd zijn om het resultaat voor de cliënt te verbeteren met de methodiek van Samen Beslissen. Samen Beslissen is echter een cultuurverandering en is nog niet volledig geïmplementeerd. Er zijn nog maar beperkt keuzehulpjes beschikbaar In het najaar van 2021 is er een zorgbrede campagne Samen Beslissen voor zorgprofessionals Het gebruik van een PGO, van waaruit de cliënt zelf aan het stuur zit m.b.t. zijn gegevensdeling is nog zeker geen gemeengoed in de geboortezorg net als in de rest van de zorg. Digitale gegevensuitwisseling is nog niet op orde, meeste VSV's hebben dan ook nog geen gedeeld cliënten dossier. Dit deel van de ZIG vraagt herijking, o.a. vanwege de ontwikkelingen rond BabyConnect
Fase 1 (streefdatum januari 2018)	Kwaliteitsbeleid, kwaliteitscyclus, indicatoren	Veel VSV's hebben nog geen systematische aanpak van leren en verbeteren op basis van indicatoren en registraties e.d. belangrijke randvoorwaarde hiervoor is digitale gegevensuitwisseling. Dit is nog niet gerealiseerd. De datastroom is nog niet op orde om op VSV-niveau te kunnen monitoren en een leer- en verbetercyclus te kunnen inrichten. Er wordt, met wisselende kwaliteit, deelgenomen aan perinatale audits en perinatale registratie van Perined. Er zijn verbeterpunten op alle aspecten van de dataflow, van registratie tot terugkoppeling. Deze hebben aandacht van relevante partijen, maar vragen tijd en middelen. Ook de registratiediscipline verdient meer aandacht.
Fase 1 (streefdatum januari 2018)	Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking	Deze wordt gehinderd door het monodisciplinair ingericht zijn van de zorg. Er zijn schotten in wet- en regelgeving, bekostiging en gegevensuitwisseling. Ook de lage organisatiegraad van VSV's hindert optimale samenwerking en communicatie. Bij ongeveer 2/3 van de VSV's worden cliënten actief betrokken bij het VSV-beleid. Dit heeft niet altijd de vorm van een cliëntenraad. Voortschrijdend inzicht maakt dat cliënten participatie op VSV-niveau herijkt zal worden bij de doorontwikkeling van de ZIG.

Fase 1 (streefdatum 2018)	Interprofessioneel geboortezorgteam	Er is veel onduidelijkheid in het veld over de organisatie, samenstelling en bekostiging van het interprofessioneel geboortezorgteam en het multidisciplinaire overleg. Bij de meerderheid van VSV's worden zwangeren in het MDO besproken als dat nodig is en veelal alleen cliënten vanuit de eerste lijn. Bij een derde van de VSV's worden alle zwangeren besproken. Er is 1 VSV zonder MDO. De term 'interprofessioneel geboortezorgteam' vs. MDO vraagt verheldering bij de doorontwikkeling van de ZIG.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Zwangere en (ongeboren) kind centraal	Het uitgangsprincipe van de cliënt centraal is tot ontwikkeling gekomen de laatste jaren maar is nog niet overal in volle bloei. Cliëntenparticipatie op VSV-niveau kan sterker verankerd worden net zoals Samen Beslissen. Vaker gezamenlijke voorlichting vanuit zowel landelijk als lokaal perspectief gaat de cliënt ook centraler stellen. Daarbij kan een landelijk cliëntenpanel ook ondersteuning bieden.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Een vast aaspreekpunt: coördinerend zorgverlener	Tweederde van alle VSV's werken met een coördinerend zorgverlener waarbij opgemerkt moet worden de coördinerend zorgverlener meestal ingezet wordt voor de zwangeren in een kwetsbare situatie. Het blijkt dat er nog wel praktische en bekostigingshobbels worden ervaren bij de inzet van een CoZo over de 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn heen. Dit vraagt aandacht bij de doorontwikkeling van de ZIG.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Prenatale zorg	Kraamzorg voert tijdens de zwangerschap een intake-huisbezoek uit bij alle eerste kinderen en op indicatie bij meerdere kinderen. Steeds vaker wordt dit huisbezoek 'integraal' ingezet door afstemming met de verloskundige. Maar dit is nog lang niet overal zo: omdat er geen tarief is voor het huisbezoek vanuit de verloskundige, wordt dit huisbezoek in de praktijk niet door hen gedaan. En omdat het indicatieprotocol kraamzorg aangeeft dat de kraamzorgintake voor de 34 ^e week zwangerschap moet zijn uitgevoerd, wordt die nu nog vaak te laat uitgevoerd. Inmiddels is in de Wet publieke gezondheid opgenomen om met ingang van 1 januari 2022 een prenataal huisbezoek vanuit de JGZ aan te bieden aan alle zwangeren in kwetsbare situaties. Dit zet de term 'integraal huisbezoek' zoals deze nu beschreven staat in de ZIG, ook in een ander daglicht en moet worden meegenomen in de doorontwikkeling van de ZIG.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Zorg bij bevalling en geboorte	De VIL vraagt modernisering. Hierop loopt een traject.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Zorg na bevalling en geboorte	Er zit nog een eigen bijdrage op de kraamzorg. Er is nog geen goede digitale gegevensuitwisseling met de JGZ.

Fase 1 (streefdatum 2018)	Acute zorg	VSV's zijn actief bezig geweest met het invoeren van de "parallele acties". Dit houdt in dat wanneer een spoedsituatie in de keten ontstaat (bv aan huis) de rest van de keten (gynaecoloog, anesthesist, kinderarts) geïnformeerd wordt om snel de benodigde zorg uit te kunnen voeren. Aandachtspunt is de toekomstige ontwikkelingen van het acute zorglandschap en wat dit betekent voor aanrijtijden en 24/7 beschikbaarheid.
Fase 1 (streefdatum 2018)	Verloskundig samenwerkingsverband	Hier wordt een grote variëteit gezien. Het ontwikkelen van een geboortezorgnetwerk is geen sinecure. Dit vraagt om competenties en middelen die niet altijd vanzelfsprekend aanwezig zijn in VSV. Bovendien zijn randvoorwaarden niet op orde zijn. Ook hebben VSV's slecht zicht op welke middelen en ondersteuning wel beschikbaar zijn. Uit vrijwel alle evaluaties komt de aanbeveling naar voren de VSV's verder te professionaliseren. Om hier vaart op te kunnen maken moeten de randvoorwaarden (middelen, adequate gegevensuitwisseling) beter op orde komen.
Fase 2 (streefdatum januari 2019)	Adequate voorlichting en counseling	Op dit moment is niet in detail bekend in hoeverre dit is geïmplementeerd. Uit de belronde van het CPZ blijkt dat gezamenlijke voorlichting vanuit een VSV mondjesmaat voorkomt.
Fase 2 (streefdatum januari 2019)	Individueel geboortezorgplan	In vrijwel alle VSV's wordt gebruik gemaakt van een geboortezorgplan waarbij opgemerkt moet worden dat dit plan zich met name richt op de bevalling. Er is een landelijk gedragen individueel geboortezorgplan, dat naar verwachting in 2021/2022 ingebouwd zal worden in de informatiesystemen. Tevens gaat een centrale redactieraad bewaken dat er eenduidige informatie wordt gegeven op de daarvoor ontwikkelde websites en het geboortezorgplan.
Fase 2 (streefdatum januari 2019)	Preconceptiezorg	De toekomstige zwangere blijkt voor de geboortezorg lastig te bereiken. Vanuit de zorgverzekeringswet mag een alleen zorg op vraag worden aangeboden Doorverwijzing gaat ten koste van eigen risico. Het is van belang dit onderdeel te verhelderen en te versterken. In 2019 had het onderwerp nog weinig aandacht bij VSV's. Inmiddels is de PIL toegevoegd aan de ZIG. Verder is er meer aandacht voor sociale verloskunde en een goede start in de laatste jaren mede door het Actieprogramma Kansrijke Start en het Preventieakkoord. Ingezet wordt op samenwerking met het sociaal en jeugddomein (en de huisarts?). Recentelijk is in een pledge door partijen uitgesproken dat het van belang is om vroegtijdig te investeren in de gezondheid en het welzijn van (toekomstige) ouders en hun kinderen.
Fase 2 (streefdatum 2019)	Doorontwikkeling VSV's	Hier wordt een grote variëteit gezien. Het ontwikkelen van een geboortezorgnetwerk is geen sinecure. Uit vrijwel alle evaluaties komt de aanbeveling naar voren de VSV's te professionaliseren.

		Om hier vaart op te kunnen maken moeten de randvoorwaarden (middelen, adequate gegevensuitwisseling) beter op orde komen.
Fase 3 (streefdatum januari 2020)	Perinataal webbased dossier	Om tot een landelijke structuur te komen voor gezamenlijke digitale gegevensuitwisseling heeft stichting Care Codex, in opdracht van VWS en in samenwerking met Nictiz, Perined en CPZ, het 'Framework realisatie ECD Geboortezorg 2018-2022' opgesteld. De uitrol en de ontwikkeling ligt bij het landelijk samenwerkingsprogramma BabyConnect. Het VIPP-programma BabyConnect ondersteunt bij het tot stand komen van naadloze en veilige digitale informatiedeling tussen zorgverleners en zwangeren/kraamvrouwen en zorgverleners onderling in de regio's. De meeste VSV's zijn inmiddels aangesloten. De gegevens uit de systemen kunnen door het programma gekoppeld worden aan systemen van ketenpartners. Daarmee is het niet nodig om te komen tot één perinataal webbased dossier. Vanuit landelijk beleid is vastgesteld dat bestaande digitale dossiers met elkaar verbonden moeten worden; De Wegiz schrijft voor dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners elektronisch dient te verlopen. Bij de doorontwikkeling van de ZIG zal het onderwerp digitale gegevensuitwisseling herschreven moeten worden.
Fase 3 (streefdatum januari 2020)	Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardig heden	Dit is zeker nog niet overal geïmplementeerd maar heeft wel een impuls gekregen via het actieprogramma Kansrijke Start. Dit vraagt aandacht bij de doorontwikkeling en verdere implementatie van de ZIG. Er zullen hernieuwde criteria moeten komen voor sociale en geografische indicaties om zonder kosten in het ziekenhuis te bevallen zonder medische indicatie en de eigen bijdrage voor de kraamzorg zou moeten komen te vervallen.