

**Betreft: Reactie Verloskunde Academie Rotterdam houtkoolschets acute zorglandschap.**

Rotterdam, 27. November, 2020

Geachte heer/mevrouw

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de inhoud van de houtkoolschets voor de herinrichting van het acute zorglandschap in Nederland. Namens de Verloskunde Academie Rotterdam (VAR) willen wij graag onderstaande reactie inbrengen.

Wij juichen het toe dat u op deze manier partijen de mogelijkheid geeft om in een vroeg stadium mee te praten en te reageren op de houtkoolschets. Het is goed dat er aandacht is voor het acute zorglandschap, de kostenbeheersing van de zorg en het onderzoek naar het toepassen van nieuwe technologische toepassingen in de zorg en dan specifiek binnen de acute zorg.

Het rapport lezende, zien wij echter een beperkte aandacht voor de acute geboortezorg. U beschrijft dat geboortezorg veelal planbare zorg is, waardoor het buiten het aspect van de acute zorg blijft. Hier willen wij toch graag een tegenargument tegen inbrengen. Zoals u weet, wordt geboortezorg geleverd door verloskundigen, werkzaam in de eerste en/of tweede lijn en door gynaecologen. Kraamzorg is essentieel voor het behoud van goede geboortezorg, maar deze zorg kan, behalve in het geval van assistentie tijdens de bevalling, gepland worden en wordt daarom niet meegenomen in deze reactie.

Tijdens de zwangerschap start 88% van alle vrouwen hun zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn. Aan het begin van de baring is dit 50%. Dit betekent dat 38% van de vrouwen tijdens de zwangerschap wordt overgedragen naar de tweede lijn. (Peristat, 2018) Dit kan via geplande, antenatale zorg, maar vaak ontstaat er een medische complicatie waarvoor een acute overdracht nodig is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het optreden van ernstig bloedverlies, het voelen van verminderd leven van de ongeboren baby, het optreden van een intra-uteriene vruchtdood, het optreden van ernstige hypertensieve klachten of een dreigende vroeggeboorte. Daarnaast is ook antenatale zorg zonder complicaties maar in beperkte mate planbaar, omdat een zwangere, conform de zorgstandaard integrale geboortezorg, op vaste momenten tijdens de zwangerschap gezien moet worden.

Tijdens de bevalling start 49.64% (N=80.173 vrouwen) de begeleiding in de eerste lijn. Aan het einde van de baring is nog 27.62% (N=44.602 vrouwen) onder begeleiding van de eerste lijn. Dit houdt in dat 22.02% (N=35.571 vrouwen) van alle barenden vrouwen overgedragen wordt tijdens de bevalling van eerstelijns zorg naar tweedelijns zorg (Peristat, 2018). De meest voorkomende redenen voor overdracht zijn: noodzaak tot sedatie/pijnstilling (N=7.043 vrouwen), onvoldoende vorderende ontsluiting (N=4.107 vrouwen), onvoldoende vorderende uitdrijving (N=2.599 vrouwen), meconium houdend vruchtwater (N=5.885 vrouwen), meer dan 1 liter bloedverlies bij de bevalling (N=913 vrouwen) en/of een vastzittende placenta (N=724). Dit zijn allemaal acute indicaties die een zeer laagdrempelige en spoedige toegang tot ziekenhuiszorg noodzakelijk maken. In de houtkoolschets komt dit naar ons idee onvoldoende tot zijn recht. Het gaat om een hoog aantal vrouwen dat acute zorg nodig heeft en waarbij het onwenselijk is dat er zorg buiten een eigen regio gezocht moet worden. Niets is stressvoller voor een verloskundige dan wel een barenden vrouw en haar partner, dan in een acute situatie niet terecht te kunnen in een ziekenhuis in de buurt. Concentratie of fusies van ziekenhuizen verhogen het gevoel van onveilige zorg bij zowel zorgverleners als cliënten van de geboortezorg.

Een tweede punt van aandacht is de integrale bekostiging van de geboortezorg. We zien in de houtkoolschets veel goede vragen staan die onderzocht moeten worden of nog verder uitgewerkt moeten worden. Het uitgangspunt dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van de best mogelijke kwaliteit moet zijn, ondersteunen we volledig. Knelpunt is de uitwerking van de betaling van integrale geboortezorg. Er wordt al jaren toegewerkt naar een integrale bekostiging dat slechts mondjesmaat van de grond komt. Het is voor ons onduidelijk hoe dit bij andere specialismen werkt en waar het wel of niet gerealiseerd is. Wij denken dat de geboortezorg niet veel anders is dan specialismen waarin ook intensief wordt samengewerkt tussen de eerste en tweedelij. We zouden willen pleiten voor meer begeleiding en meer duidelijkheid van overheidsstandpunten om daarmee stappen voorwaarts te kunnen maken met integrale bekostiging.

Namens Verloskunde Academie Rotterdam,



Ageeth Schonewille-Rosman, lector Audit en Registratie, in het bijzonder toegepast in de perinatale zorg, Hogeschool Rotterdam en Perined

Hanneke Harmsen van der Vliet – Torij, lector Verloskunde en Geboortezorg, Hogeschool Rotterdam

Arie Franx – hoogleraar Verloskunde, Erasmus MC

Jeroen Oversier, directeur Instituut voor Gezondheidszorg, Hogeschool Rotterdam

Willemijn Eekhof, onderwijsmanager bachelor Verloskunde, Hogeschool Rotterdam

Joke van Foeken, onderwijsmanager master Physician Assistent – klinisch verloskundige, Hogeschool Rotterdam