Bijlage 2

NVZ en NVOG, juni 2011
Definities 24/7 acute verloskunde en andere normen voor de ziekenhuizen uit het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte

Nadere specificaties van enkele normen uit het Stuurgroeprapport, uitgewerkt door de NVZ en de NVOG, in afstemming met de KNOV, NVK en NVA, 2011
Bijlage bij de brief van minister Schippers aan de NVZ en de NVOG, de dato 9 juni 2011.

1. Aanleiding en doel

Heldere definities
Het doel van onderstaand document is duidelijkheid te krijgen over de definitie van de 15 minuten norm en de overige normen uit het advies met betrekking tot de optimalisering van de (acute) verloskundige zorgketen met betrekking tot het ziekenhuis. Waarbij het belangrijk is dat de 15 minuten norm alleen van kracht zal gaan in acute levensbedreigende situaties.

Aantallen
Er zijn +/- 41.000 niet geplande ingrepen, potentiële spoedsituaties bij vrouwen die al in het ziekenhuis zijn op een totaal van 180.000 bevallingen per jaar. Dit betekent ruim 110 niet geplande ingrepen per dag in Nederland.[1]

Er zijn +/- 2.200 spoedsituaties vanuit de thuissituatie, naast een paar duizend niet geplande verplaatsingen.[2]

2. Uitgangspunten 15 minuten norm:

Huidige situatie betreffende de start van de behandeling
Volgens de huidige vigerende normen moet er binnen 30 minuten vanaf het moment van oproep een gynaecoloog en/of operatieteam aanwezig zijn. Hierbij komt de tijd die het duurt totdat de diagnose gesteld kan worden door binnenkomst van de patiënt en doorlooptijd voor de diagnose. Bij grote spoed wordt ook nu de tijd in de keten teruggebracht door een aantal zaken parallel in gang te zetten. Hiervoor bestaan echter geen normen, het systeem is persoon- en conditie-afhankelijk. Het stuurgroepadvies is duidelijk over de kwetsbaarheid van het huidige systeem. In acute situaties van serieel naar parallel en van 30 naar 15 minuten.

Wanneer gaan de 15 minuten van start?

---

[1] Bron: Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale zorg in Nederland 2007. Utrecht.
[2] Bron: Amelink et al. (2008) op basis van LVR-1 (Landelijke verloskundige registratie – eerste lijn) cijfers over de jaren 2001-2003.

De 15 minuten starten wanneer de gynaecoloog of de obstetrisch professional onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog heeft vastgesteld dat er een potentieel levensbedreigende situatie is ontstaan.
De Stuurgroep heeft in haar advies als norm gesteld dat er 24 uur per dag 7 dagen per week binnen 15 minuten de benodigde medisch specialistische behandeling door een gynaecoloog of een geautoriseerde obstetrisch professional moet kunnen worden gestart.

Welke professionals moeten in staat zijn om binnen 15-minuten de noodzakelijke behandeling te starten?

- de geautoriseerde obstetrisch professional[3].

(Deze professional moet de keten opstarten en moet derhalve 24/7 aanwezig zijn)

Indien opgeroepen door gynaecoloog of geautoriseerde obstetrisch professional moeten de volgende professionals binnen 15 minuten klaar zijn om de benodigde ingreep van de gynaecoloog te kunnen laten plaatsvinden:

- de anesthesioloog
- het OK team
- de kinderarts of geautoriseerd pediatrisch professional indien de gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de kinderarts opgeroepen heeft om binnen 15 minuten te starten met de behandeling.

Tijdpad:
Voor het voldoen aan de 15 minutennorm zijn per bevalling extra professionals benodigd (zie Logex (NVOG) en Plexus (NVZ) rapporten). Opleidingstijden van de professionals zullen 5 tot 10 jaar vereisen.
De inzet van extra professionals maakt een bevalling gemiddeld gerekend duurder.
Gezien de investering in tijd, opleiding van mensen en middelen is het noodzakelijk om hiervoor een reëel landelijk implementatieplan afgestemd met VWS en de veldpartijen, te ontwikkelen op basis van de plannen van aanpak van de ziekenhuizen. Dit plan moet januari 2012 klaar zijn.

Tijdpad implementatie:
Voortvloeiend uit het landelijk implementatieplan.
Niet alle aspecten van de Stuurgroep adviezen zullen even snel geïmplementeerd zijn. Maar er worden wel tussenstappen van de partijen verwacht.

Communicatie over de 15 minuten norm
In de communicatie naar de zwangeren moet duidelijk zijn dat deze norm niet bepaalt dat de patiënt "recht" heeft op een bepaalde behandeling binnen 15 minuten. Maar dat de professional de plicht heeft om bij levensbedreigende situaties binnen 15 minuten te handelen.

3. Relatie 15-minutennorm en bevallen in thuissituatie

[3] Obstetrisch professional is een gynaecoloog, geautoriseerd arts-assistent of geautoriseerd klinisch verloskundige.

In de thuissituatie zijn niet alle meetmethoden (zoals echoscopie en microbloed onderzoek) beschikbaar om altijd tot een precieze diagnose te komen. In het geval van een acute levensbedreigende situatie thuis moet de verloskundige haar indicatie tot doorverwijzen duidelijk doorgeven aan de gynaecoloog of obstetrisch professional in het ziekenhuis. In deze specifieke situatie worden, als de geautoriseerd obstetrisch professional hiertoe besluit, parallel de benodigde acties opgestart (klaarzetten OK team, oproepen kinderarts of pediatrische professional, anesthesioloog). Het is in de thuissituatie niet gegarandeerd mogelijk om na het vaststellen van een potentieel levensbedreigende situatie binnen de 15 minuten te starten met de noodzakelijke behandeling omdat de zwangere/kraamvrouw/kind naar het ziekenhuis moet worden verplaatst (reistijd). Vanaf het moment dat de zwangere/kraamvrouw/kind in het ziekenhuis is en de reeds door de verloskundige gecommuniceerde diagnose wordt bevestigd door de gynaecoloog/ obstetrisch professional dan start de 15 minuten tot behandeling. In de beschreven specifieke acute levensbedreigende situatie thuis worden nog enige minuten tijdwinst geboekt doordat de obstetrisch professional in het ziekenhuis tot parallelle opstart besluit.

Lokaal moeten binnen het VSV de levensbedreigende condities benoemd en geëvalueerd worden op basis waarvan de verloskundige vanuit de thuissituatie een indicatie aan de gynaecoloog of obstetrisch professional behoort te geven om de acute zorg in het ziekenhuis op te starten.

4. 1 op 2 bewaking door gynaecoloog/arts-assistent gynaecologie/klinisch verloskundige

De praktijk staat ver af van de norm uit het Stuurgroepadvies. In de dagelijkse praktijk wordt gewerkt op basis van bereikbaarheid; het Stuurgroepadvies gaat uit van beschikbaarheid. Dit stelt hogere eisen aan het aantal beschikbare obstetrisch professionals.

Tijdpad: zie 15 minuten norm

5. 1 op 1 begeleiding door obstetrie en gynaecologie verpleegkundige

Ook hiervoor geldt dat de praktijk ver afstaat van de norm uit het Stuurgroep advies.

Tijdpad: zie 15 minuten norm

6. Inrichting en functioneren van verloskundige samenwerkingsverbanden

Minimaal in VSV vertegenwoordigd zijn alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren gebaseerd op werkgebied van het ziekenhuis:

- gynaecologen/obstetrisch professionals
- kinderartsen
- verloskundigen
- verloskundig actieve huisartsen
- O&G verpleegkundigen
- kraamzorginstellingen.

De betrokken beroepsgroepen komen 1 juli 2011 met een gezamenlijk landelijk VSV-format waarin een 'basisomschrijving' van de opdrachten, taken, verantwoordelijkheden en afspraken die gemaakt moeten worden zijn uitgewerkt. In dit format moet ook de koppeling met het ROAZ worden benoemd.

Tijdpad: alle ziekenhuisregio's hebben een expliciet en functionerend VSV vóór 1 juli 2012.

7. Deelname aan Perinatale Registratie Nederland (PRN)

De deelname van gynaecologen (en kinderartsen, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen) aan de PRN is op dit moment hoog, maar nog geen 100%.

Tijdpad: deelname van alle kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen vóór 1 juli 2012.

8. Deelname aan Perinatale Audit Nederland (PAN)

In Nederland heeft de PAN zich tot doel gesteld om in 2010 en 2011 alle "a terme perinatale sterfte" te bespreken. Het aantal PAN bijeenkomsten verloopt volgens plan.

Tijdpad: deelname van alle ziekenhuizen/VSV's vóór 1 januari 2012.