

Sluiting van acute geboortezorg in het HagaZiekenhuis Zoetermeer

*Welke gevolgen heeft dit voor gezondheid
en welzijn van zwangeren en baby's?*





Sluiting van acute geboortezorg in het HagaZiekenhuis Zoetermeer

*Welke gevolgen heeft dit voor gezondheid
en welzijn van zwangeren en baby's?*

Nasra Karamali
Viola de Ridder
Willemieke Ligtenberg

Den Haag, januari 2024

Met dank aan allen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt: geïnterviewde verloskundigen en gynaecologen, zwangeren en bevallen vrouwen uit Zoetermeer, de Onderzoekswinkel, Francissen Communicatie, gemeente Zoetermeer.



Inhoudsopgave

Samenvatting	6
1 Inleiding	7
1.1 Onderzoeksvragen	10
1.2 Leeswijzer	11
2 Methode	12
2.1 Onderzoeksopzet	12
2.2 Uitvoering onderzoek	12
2.2.1 Interviews	12
2.2.2 Literatuuronderzoek	13
2.3 Analyses en rapportage	13
2.4 Extra opdracht GGD Haaglanden	13
2.5 Overig onderzoek naar geboortezorg in Zoetermeer	13
2.6 Privacy	14
3 Resultaten	15
3.1 Beschrijving geïnterviewden	15
3.1.1 Vrouwen	15
3.1.2 Zorgprofessionals	16
3.2 Uitkomsten interviews: gevolgen voor zwangeren en baby's	17
3.2.1 Voordelen van sluiting voor zwangeren en baby's	17
3.2.2 Knelpunten van sluiting voor zwangeren en baby's	18
3.3 Uitkomsten interviews: gevolgen voor (klinisch) verloskundigen	24
3.3.1 Beschrijving populatie	24
3.3.2 Ervaringen met bevallingen in andere ziekenhuizen	25
3.3.3 Voordelen van sluiting voor verloskundigen	25
3.3.4 Knelpunten van sluiting voor verloskundigen (eerste lijn)	25
3.3.5 Aanbevelingen	30
3.4 Uitkomsten interviews: gevolgen voor gynaecologen	31
3.4.1 Beschrijving populatie	31
3.4.2 Voordelen van sluiting voor gynaecologen	31
3.4.3 Knelpunten van sluiting volgens gynaecologen	31
3.4.4 Aanbevelingen	32
3.5 Literatuuronderzoek	32
3.5.1 Internationale literatuur: associatie reistijd/reisafstand en perinatale sterfte en zwangerschapsuitkomsten	32
3.5.2 Nederlandse onderzoeken	33



4	Discussie	35
4.1	Kernpunten	35
4.1.1	Grotere reisafstand, langere reistijd	35
4.1.2	Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	37
4.2	Sterke punten en beperkingen onderzoek	39
4.3	Tot slot	39
5	Referenties	40
	Bijlage 1 Prognose aantal geboorten	44
	Bijlage 2 Cijfers herkomst	45
	Bijlage 3 Perinatale sterfte in Zoetermeer	47
	Bijlage 4 Topcijsten Interviews	48
	Bijlage 5 Vragenlijst geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land	53
	Bijlage 6 Cijfers zwangeren in kwetsbare omstandigheden	54



Samenvatting

Het HagaZiekenhuis heeft aangekondigd dat het zorgaanbod in Zoetermeer in de komende jaren zal veranderen. Eén van de mogelijke aanpassingen is dat de acute geboortezorg¹ op termijn uit het HagaZiekenhuis Zoetermeer (voormalig LangeLand Ziekenhuis) verdwijnt. Dit betekent dat zwangeren uit Zoetermeer (en randgemeenten) voor een ziekenhuisbevalling naar ziekenhuizen in omliggende gemeenten moeten gaan, zoals Den Haag, Delft, Leiden en Gouda.

Gemeente Zoetermeer heeft GGD Haaglanden gevraagd om inzicht te geven in de mogelijke gevolgen die een eventuele sluiting van de verloskamers in Zoetermeer kan hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren en baby's. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn individuele interviews gehouden met zwangere en net bevallen vrouwen, verloskundigen, een klinisch verloskundige en gynaecologen. Door middel van literatuuronderzoek is bekeken wat de invloed is van een langere reistijd naar het ziekenhuis op zwangerschapsuitkomsten.

Zowel professionals als zwangeren en net bevallen vrouwen verwachten dat een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer een negatieve impact zal hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren en baby's. De langere reistijd kan directe gezondheidsrisico's opleveren, maar kan ook indirect effect hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren en baby's. Daarnaast zien verloskundigen en gynaecologen ook mogelijke negatieve gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en daarmee direct of indirect ook op gezondheid en welzijn van zwangeren en baby's. Deze bevindingen worden ondersteund door geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land. Internationale onderzoeken naar associaties tussen een langere reisafstand en/of -tijd en zwangerschapsuitkomsten laten geen eenduidige resultaten zien en zijn niet goed toepasbaar op Nederlandse organisatie van geboortezorg. Het meest recente Nederlandse onderzoek (2010/2011) is echter wel eenduidig: een reistijd van meer dan 20 minuten is geassocieerd met een hogere perinatale sterfte.

Er is in Nederland veel aandacht voor en inzet op een kansrijke start voor ieder kind, waarbij perinatale gezondheid en de zorg voor (aanstaande) zwangeren in kwetsbare omstandigheden een belangrijke rol spelen. Een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer kan vooral invloed hebben op vrouwen in kwetsbare omstandigheden en sluit daarmee niet aan bij de doelstellingen van het actieprogramma Kansrijke Start. Om beslissingen in acute geboortezorg in Nederland verder te onderbouwen is het aan te bevelen om literatuuronderzoek te doen naar de verwachtingen van de gevolgen van een sluiting van de verloskamers die uit dit onderzoek komen, en om meer onderzoek te doen in de regio's waar verloskamers zijn gesloten. Mocht besloten worden tot sluiting van de verloskamers in Zoetermeer, dan is het noodzakelijk om de situatie in Zoetermeer te monitoren en in gesprek te blijven met verloskundigen, gynaecologen en vrouwen.

1 Hiermee worden de faciliteiten voor acute geboortezorg bedoeld. Het gaat dan bijv. om de verloskamers.



Nederland kent een uniek verloskundig systeem, dat uitgaat van het natuurlijke proces van zwangerschap en geboorte. De controles vinden plaats bij de (eerstelijns) verloskundige. Indien nodig verwijst de verloskundige de zwangere door naar de tweede lijn (ziekenhuis). Vrouwen kunnen (in principe) zelf kiezen waar ze bevallen. Als er geen risico's zijn, vindt de bevalling plaats in de eerste lijn. Dat wil zeggen: thuis, in een polikliniek of geboortecentrum en onder begeleiding van een verloskundige of huisarts. Als er complicaties zijn of een verhoogd risico op complicaties (medische indicatie), dan vindt er een overdacht naar de tweede lijn plaats. Ook bij een verzoek om pijnstilling (bijv. een ruggenprik) wordt een zwangere doorverwezen naar de tweede lijn. De begeleiding vindt dan plaats door een gynaecoloog, klinisch verloskundige of eventueel een arts-assistent.² In 2021 beviel 27% van de Nederlandse vrouwen in de eerste lijn (14% thuis, 10% poliklinisch, 3% geboortecentrum) en 73% in de tweede lijn (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023). Dit is vergelijkbaar met de cijfers in Zoetermeer: 28% van de bevallingen in Zoetermeer vond plaats in de eerste lijn (12% thuis, 16% poliklinisch) en 72% in de tweede lijn (Perined, 2023).

In Zoetermeer kunnen zwangeren die in het ziekenhuis willen of moeten bevallen terecht in het voormalige LangeLand Ziekenhuis Zoetermeer. Sinds 1 maart 2023 is dit ziekenhuis gefuseerd met het HagaZiekenhuis in Den Haag en is de nieuwe naam van het ziekenhuis: HagaZiekenhuis Zoetermeer. Het HagaZiekenhuis heeft aangekondigd dat het zorgaanbod in Zoetermeer in de komende jaren zal veranderen. Eén van de mogelijke aanpassingen is dat de acute geboortezorg³ verdwijnt om onderstaande redenen die het HagaZiekenhuis geeft:

- Op dit moment worden in het HagaZiekenhuis Zoetermeer jaarlijks ongeveer 1.100 baby's geboren. Dit is naar de mening van het ziekenhuis een te laag aantal bevallingen om de zorg in de toekomst goed te organiseren en te blijven voldoen aan alle kwaliteitseisen.
- Er is een toenemend tekort aan gespecialiseerd zorgpersoneel (HagaZiekenhuis, 2023).
- Een mogelijke sluiting levert een flinke kostenbesparing op: de begroting voor de geplande nieuwbouw in 2028 valt hierdoor €8 miljoen lager uit. Er wordt gerekend met een rendementsverbetering van €2 miljoen per jaar indien acute verloskunde niet meer wordt aangeboden in Zoetermeer. In de huidige plannen en kostenraming voor de nieuwbouw is geen rekening gehouden met benodigde faciliteiten voor acute verloskunde (Reinier Haga Groep, 2022).

Een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer betekent dat zwangeren uit Zoetermeer (en randgemeenten) voor hun bevalling moeten uitwijken naar ziekenhuizen in omliggende gemeenten zoals Den Haag, Delft, Leiden of Gouda en een langere reisafstand en reistijd zullen hebben naar een ziekenhuis met verloskamers. Daarnaast is het maar de vraag of deze ziekenhuizen het aantal geboorten kunnen opvangen gezien de prognose dat het aantal geboorten in de komende jaren zal toenemen⁴. Hieronder wordt ingegaan op deze twee aspecten. Omdat perinatale sterfte relatief vaker voorkomt onder baby's met een niet-westerse migratieachtergrond wordt er bij de prognose ook stilgestaan bij herkomst (VZinfo, 2024).

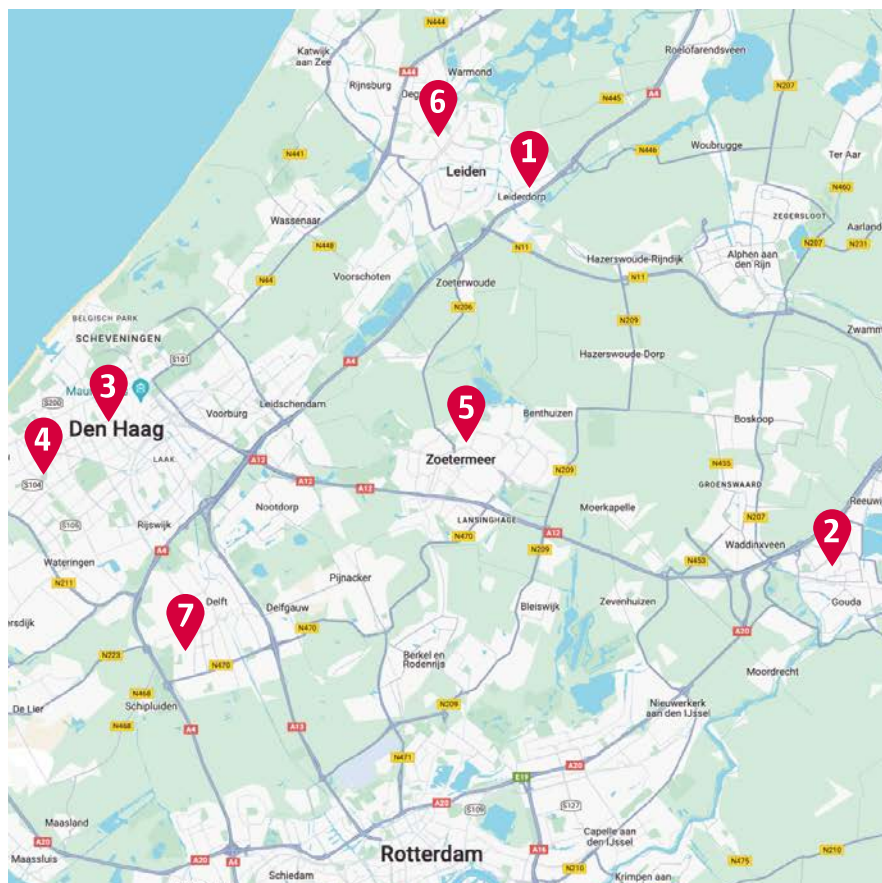
In Zoetermeer kost het zwangeren en hun verloskundigen nu gemiddeld 0-15 minuten om een verloskamer te bereiken (Altena, et al. 2023; VZinfo, 2023a). De afstanden en aanrijtijden tot de andere ziekenhuizen in de omgeving zijn hoger (zie figuur 1). Uit onderzoek van het Netwerk Acute Zorg West (NAZW) komt naar voren dat de aanrijtijd vanuit Zoetermeer en omgeving naar ziekenhuizen elders in de regio, gemiddeld 22 minuten is. Zo is de aanrijtijd vanuit Zoetermeer centrum momenteel gemiddeld 5 minuten naar het HagaZiekenhuis Zoetermeer, 29 minuten naar het HagaZiekenhuis Den Haag en 21 minuten naar het andere dichtstbijzijnde ziekenhuis (Alrijne). Al deze tijden zijn bij benadering; er is geen rekening gehouden met eventuele verkeersdrukke (Altena, et al. 2023). Uit cijfers van de ANWB blijkt dat de filezwaarte (lengte x duur file) in 2023 met 18% is gestegen in Zuid-Holland (ANWB, 2023).

2 Dit hangt af van de medische indicatie, wensen en lokale afspraken.

3 Hiermee worden de faciliteiten voor acute geboortezorg bedoeld. Het gaat dan bijv. om de verloskamers. In de rest van de rapportage zal dit voor de leesbaarheid worden benoemd als het sluiten van de verloskamers in Zoetermeer.

4 [Bijgestelde veronderstellingen en resultaten voor geboorte, sterfte en migratie | CBS](#)

Figuur 1. Ziekenhuizen en toegangswegen



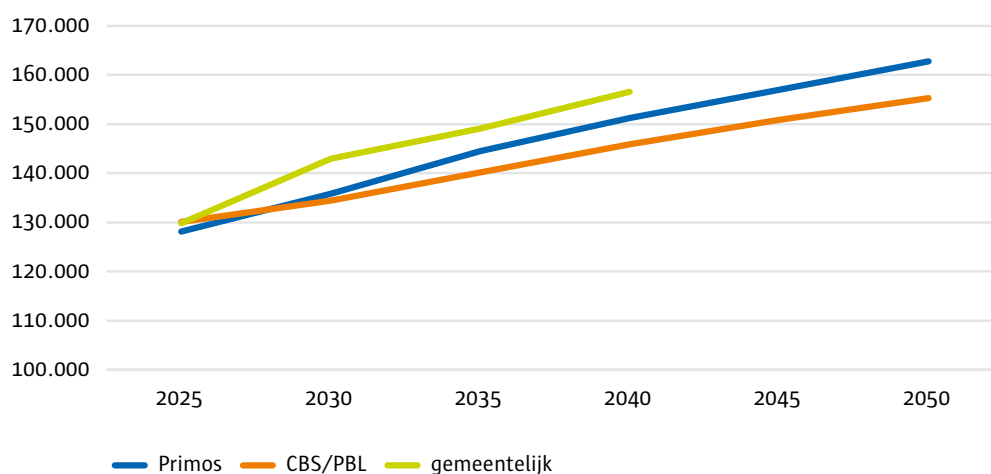
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp) | 5. HagaZiekenhuis Zoetermeer |
| 2. Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) | 6. LUMC (Leiden) |
| 3. HMC Westeinde (Den Haag) | 7. Reinier de Graaf Gasthuis (Delft) |
| 4. HagaZiekenhuis Den Haag | |

De ontwikkeling van het aantal inwoners in Zoetermeer heeft invloed op het aantal geboorten in de toekomst. Volgens de verschillende bevolkingsprognoses zal het inwoneraantal van Zoetermeer gestaag groeien, onder andere door het woningbouwprogramma van de gemeente (zie figuur 2) (gemeente Zoetermeer 2024; CBS/PBL 2022; ABF Research, 2023). De prognose van de gemeente Zoetermeer kent twee scenario's. De getoonde ontwikkeling is het meest ambitieuze scenario waarin alle woningbouwplannen tot en met 2032 worden gerealiseerd (pers.comm. gemeente Zoetermeer). Ook het aantal geboorten zal volgens de Primos Bevolkings- en huishoudensprognose toenemen in Zoetermeer (zie figuur 3). Dit geldt eveneens voor het aantal geboorten in Delft, Gouda, Leiden, Leiderdorp, Rotterdam en Den Haag en provincie Zuid-Holland als geheel (zie bijlage 1): er is een stijging tot 2035, daarna stabiliseert het aantal (ABF Research, 2023).

Naast de groei van het aantal inwoners verandert ook de samenstelling van de bevolking: volgens de landelijke bevolkingsprognose 2023-2070 van het CBS zal de komende decennia het aantal inwoners met een herkomst buiten Nederland groeien, en het aantal inwoners met een Nederlandse herkomst zal dalen. In 2035 zal naar verwachting 1 op de 3 inwoners een herkomst buiten Nederland hebben (CBS, 2023). In Zoetermeer is dat nu al het geval: in 2023 had 36% van de inwoners een herkomst buiten Nederland. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49 jaar) geldt dat in 2023 43% een herkomst buiten Nederland had: 35% buiten Europa en 8% Europa (voor meer cijfers over herkomst en de associatie tussen herkomst en perinatale sterfte, zie bijlage 2).

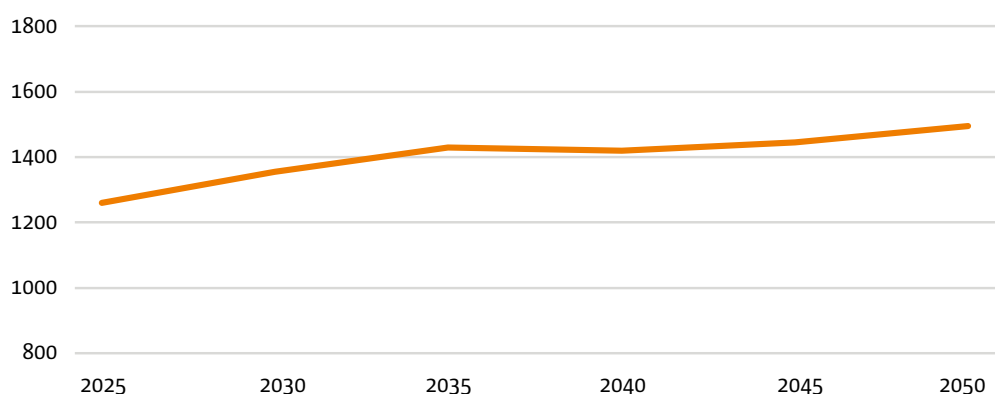


Figuur 2. Prognose aantal inwoners Zoetermeer volgens CBS/PBL, Primos en gemeente Zoetermeer*, 2025-2050.



* De prognose van gemeente Zoetermeer loopt tot 2043, die van het CBS/PBL en Primos tot 2050.

Figuur 3. Prognose aantal geboorten in Zoetermeer volgens Primos bevolkings- en huishoudensprognose, 2025-2050.



Een sluiting van de acute geboortezorg in Zoetermeer kan impact hebben op de gezondheid en het welzijn van zwangeren in Zoetermeer en hun baby's. In diverse (kranten)artikelen wordt er gesproken over een aantal van de mogelijke negatieve gevolgen (Van Zuijlen, 2023; Boogaard, 2023):

- Het levert extra stress op voor de zwangere, vanwege de langere reistijd en mogelijke files, maar ook omdat zij het ziekenhuis niet kennen waar zij zullen bevallen.
- Indien een zwangere bij een thuisbevalling toch naar het ziekenhuis vervoerd moet worden (bijv. vanwege complicaties bij de bevalling), is de reistijd naar een ziekenhuis langer. Dit kan risico's opleveren voor de gezondheid van moeder en/of baby. Daarnaast is de kans groter dat er uitgeweken moet worden naar een ziekenhuis dat nog verder weg ligt, omdat het aantal plekken in de regio is afgenomen.
- Ook verloskundigen hebben extra reistijd en zijn extra tijd kwijt aan het vinden van een plek voor een bevalling. Dit is tijd die zij niet kunnen besteden aan het geven van zorg aan een zwangere of barende vrouw.
- Zwangeren die moeite hebben met rondkomen krijgen te maken met extra kosten voor de reis naar een ziekenhuis in een andere gemeente. Dit maakt deze groep extra kwetsbaar.

De gemeente Zoetermeer heeft GGD Haaglanden gevraagd om inzicht te geven in de mogelijke gevolgen die een sluiting kan hebben op de gezondheid en het welzijn van zwangeren en baby's door interviews te houden met zwangeren, verloskundigen en gynaecologen. Vooral nu duidelijk is hoe belangrijk de eerste 1.000 dagen zijn voor de ontwikkeling van een kind, is het van belang om dit goed in kaart te brengen. In onderstaand kader staat meer informatie over dit belang en het actieprogramma Kansrijke Start.

Aandacht voor perinatale gezondheid in de afgelopen jaren in Nederland

Sterfte rondom de geboorte (perinatale sterfte) wordt wereldwijd beschouwd als een belangrijke indicator van de gezondheid van zwangere vrouwen en hun baby's, en van de kwaliteit van de zorgverlening tijdens de zwangerschap en bevalling. In 2003 bleek dat Nederland op dit gebied slecht scoorde in vergelijking met andere Europese landen (voor recente cijfers over perinatale sterfte in Nederland en Zoetermeer, zie bijlage 3). Het onderwerp kwam toen hoog op de agenda te staan en er werden verschillende acties ondernomen om het cijfer omlaag te krijgen (op basis van het advies 'Een goed begin' van de stuurgroep Zwangerschap en geboorte). Op basis van dit advies is er bijvoorbeeld gewerkt aan een betere integratie van de eerste- en de tweedelijnszorg. In de jaren erna werd dit uitgebreid met aandacht voor de eerste 1.000 dagen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de eerste 1.000 dagen (vanaf 10 maanden voor de geboorte tot de tweede verjaardag) cruciaal zijn voor een goede start van het leven. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte is een belangrijke voorspeller van zowel fysieke als mentale gezondheid op latere leeftijd, en heeft invloed op de mentale en sociale ontwikkeling van een kind. In 2018 is het landelijke actieprogramma Kansrijke Start van start gegaan. Dit is een samenwerking tussen het Rijk, gemeenten, geboorte- en jeugdgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnswerk en wijkteams. Het actieprogramma werkt met drie actielijnen: *voor de zwangerschap*, *tijdens de zwangerschap* en *na de geboorte*. Voor dit rapport is vooral de actielijn *tijdens de zwangerschap* van belang. Deze actielijn zet in op het beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders en het ervoor zorgen dat meer kwetsbare ouders eerder de juiste hulp krijgen. Een belangrijke bouwsteen van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start is het vormen van lokale coalities rondom de eerste 1.000 dagen van kinderen. De kracht van een lokale coalitie is de combinatie van hulp en inzet van het medisch en sociaal domein en daar gezamenlijk afspraken over maken. Kansrijke Start is opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het idee is dat iedere gemeente een lokale ketenaanpak Kansrijke Start opzet. Ook in Zoetermeer is er een lokale coalitie actief (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024; College Perinatale Zorg, 2024).

1.1 Onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in mogelijke gevolgen van een sluiting van de verloskamers in het HagaZiekenhuis Zoetermeer voor de gezondheid en het welzijn van zwangeren en hun baby's in Zoetermeer. Om dit doel te bereiken worden door middel van interviews en literatuuronderzoek de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- Wat vinden verloskundigen en gynaecologen van een eventuele sluiting van de verloskamers in het HagaZiekenhuis Zoetermeer?
 - Welke positieve punten zien zij bij een eventuele sluiting van de verloskamers?
 - Welke knelpunten zien zij bij een eventuele sluiting van de verloskamers?
- Wat vinden zwangeren en net bevallen vrouwen van een eventuele sluiting van de verloskamers in het HagaZiekenhuis Zoetermeer?
 - Welke positieve punten zien zij bij een eventuele sluiting van de verloskamers?
 - Welke knelpunten zien zij bij een eventuele sluiting van de verloskamers?
- Welke invloed heeft een langere reistijd naar het ziekenhuis voor een bevalling op de gezondheid en het welzijn van zwangeren en hun baby's (o.b.v. literatuuronderzoek)?
- Wat is bekend van gemeenten waar eerder ziekenhuizen hun verloskamers sloten? Welke gevolgen had dit op gezondheid en welzijn van zwangeren en hun baby's?



1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op de onderzoeksmethode en in hoofdstuk 3 worden de resultaten van de interviews en het literatuuronderzoek beschreven. Hierna volgen de conclusie en discussie in hoofdstuk 4.

Als in het rapport wordt gesproken over ‘vrouwen’, gaat het over ‘zwangeren en net bevallen vrouwen’. Indien er duidelijk onderscheid is tussen wat een zwangere of een bevallen vrouw heeft gezegd, wordt dit expliciet aangegeven. Als er in het rapport wordt gesproken over professionals, gaat het over (klinisch) verloskundigen en gynaecologen. Indien er duidelijk onderscheid is tussen wat een (klinisch) verloskundige of gynaecoloog heeft gezegd, dan wordt dit expliciet aangegeven. Er zijn ook verloskundigen aangeschreven uit gemeenten waar de acute verloskunde eerder is verdwenen. Zij worden in dit rapport benoemd als ‘geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land’.

2.1 Onderzoekopzet

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn de volgende kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt:

1. Interviews met (klinisch) verloskundigen en gynaecologen;
2. Interviews met zwangeren en net bevallen vrouwen;
3. Literatuur/documentonderzoek.

De onderzoekopzet is voorgelegd aan een onafhankelijk onderzoeker die gespecialiseerd is in kwalitatief onderzoek.

2.2 Uitvoering onderzoek

2.2.1 Interviews

Er zijn semigestructureerde, individuele interviews afgenomen door drie onderzoekers van de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden (zie bijlage 4 voor topiclijsten). Een deel van de interviews werd digitaal via Microsoft Teams afgenomen, de rest op locatie. De interviews zijn afgenomen met:

2.2.1.1 (Klinisch) verloskundigen en gynaecologen

In Zoetermeer zijn vier verloskundigenpraktijken actief⁵. Vanuit iedere praktijk is een verloskundige gesproken. Daarnaast interviewden de onderzoekers een klinisch verloskundige en twee gynaecologen van het HagaZiekenhuis Zoetermeer. Eén van de vijf geïnterviewde verloskundigen en één gynaecoloog zijn actief in het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) in Zoetermeer (zie kader in hoofdstuk 3.3.4 voor nadere uitleg over VSV's).

2.2.1.2 Zwangeren en net bevallen vrouwen

De onderzoekers hebben zes pas bevallen (minder dan drie maanden geleden⁶) en tien zwangere vrouwen gesproken. In eerste instantie werden vrouwen geworven via de verloskundigen. Via die weg zijn vijf bevallen vrouwen geïnterviewd. Omdat de werving moeizamer ging dan verwacht en de onderzoekers graag een zo divers mogelijke groep wilden spreken, hebben zij elf vrouwen geïnterviewd in de spreekkamers van twee verloskundigenpraktijken in Zoetermeer. Het idee hierachter was dat er op deze manier zo min mogelijk selectie zou zijn van de vrouwen die werden geïnterviewd en dat het meer 'at random' zou zijn. Bij deze vrouwen is vanwege de locatie van de interviews en beperkte tijd die vrouwen beschikbaar hadden een korter interview afgenomen.

Interviews met de (klinisch) verloskundigen en gynaecologen duurden tussen de 30-45 minuten. De uitgebreide interviews met vrouwen duurden 20-40 minuten; de verkorte interviews in de wachtkamer van de verloskundigenpraktijken tussen de 10-15 minuten.

5 Eén van die praktijken is een solopraktijk, waar voornamelijk hoogopgeleide, Nederlandse vrouwen komen die bewust bezig zijn met hun zwangerschap en de bevalling. Een afspraak met de verloskundige is geen 15 minuten, zoals bij anderen, maar 45 minuten. Daarin zitten ook 30 minuten cursus voor de zwangere. Daardoor is zij ook duurder en niet toegankelijk voor iedereen.

6 De onderzoekers wilden graag vrouwen spreken die in de afgelopen drie maanden waren bevallen. Tijdens één van de interviews bleek een vrouw langer geleden bevallen te zijn. Omdat haar antwoorden overeen kwamen met de antwoorden van de vrouwen die in de afgelopen drie maanden waren bevallen zijn haar antwoorden ook meegenomen in de analyse.



De volgende onderwerpen kwamen tijdens de interviews aan bod:

- Wat vrouwen en professionals vinden van een eventuele sluiting van de acute geboortezorg in Zoetermeer;
- Positieve gevolgen van een mogelijke sluiting volgens vrouwen en professionals;
- Negatieve gevolgen en knelpunten van een mogelijke sluiting volgens vrouwen en professionals.

2.2.2 Literatuuronderzoek

Door middel van literatuuronderzoek is bekeken welke invloed een langere reistijd naar het ziekenhuis heeft op zwangerschapsuitkomsten. Ook is er bekeken of er al eerder onderzoek is uitgevoerd in Nederlandse steden waar de acute geboortezorg uit de gemeente is verdwenen en wat de bevindingen van dit onderzoek waren (die relevant zijn voor dit onderzoeksdoel). De onderzoekers hebben naast een zoekopdracht in Pubmed en internet ook contact opgenomen met Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Ook zijn 13 verloskundigenpraktijken in zeven Nederlandse gemeenten waar acute verloskunde in de afgelopen jaren is gesloten aangeschreven met de vraag een korte vragenlijst in te vullen en hun ervaringen te delen (zie bijlage 5). Zes verloskundigenpraktijken uit vijf gemeenten hebben gereageerd.

2.3 Analyses en rapportage

De interviews zijn opgenomen (telefoon of Microsoft Teams) en na afloop woordelijk uitgewerkt in Microsoft Word door een transcriptiebureau. De onderzoekers analyseerden de transcripten vervolgens per topic met behulp van een overzichtsschema in Excel. Ze hanteerden daarbij een coderingssysteem dat een overzicht opleverde van wat iedere respondent heeft gezegd op topicniveau. Bij het formuleren van de conclusie en de belangrijkste resultaten heeft een externe, onafhankelijke partij ondersteund (Francissen Communicatie). De onderzoekers zijn geen inhoudelijke experts en niet volledig bekend met het medische jargon en de kennis die de professionals wel hebben. Om eventuele onjuistheden en/of verkeerde interpretaties uit het verslag te halen, heeft een externe onafhankelijke gynaecoloog meegelezen.

2.4 Extra opdracht GGD Haaglanden

Naast bovenstaande opdracht heeft de gemeente Zoetermeer GGD Haaglanden ook gevraagd om inzicht te creëren in 1) kernindicatoren met betrekking tot geboortezorg in Zoetermeer en 2) demografische prognoses die relevant zijn voor geboortezorg in Zoetermeer. Een aantal van deze cijfers zijn opgenomen in dit rapport. De overige cijfers zijn opgenomen in een aparte factsheet (GGD Haaglanden, 2024).

2.5 Overig onderzoek naar geboortezorg in Zoetermeer

Ook het NAZW en het HagaZiekenhuis doen onderzoek naar de (acute) geboortezorg in Zoetermeer:

- Nadat het HagaZiekenhuis had aangegeven dat de nieuwbouw van de locatie Zoetermeer niet voorziet in verloskamers, zijn er door ketenpartners zorgen geuit over de verschuiving van de geboortezorg in de regio. In het bestuurlijk Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is besloten dat het NAZW een onderzoek gaat uitvoeren naar de impact van een acute sluiting van de geboortezorg in Zoetermeer. Er wordt onder andere gekeken of omliggende ziekenhuizen de extra bevellingen kunnen overnemen en wat het gevolg hiervan is op de huisartsenzorg en ambulancedienst.
- Ook het HagaZiekenhuis is een onderzoek gestart om met een meer omvangrijk plan voor de langere termijn te komen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau SiRM. Het onderzoek van het HagaZiekenhuis heeft als doel om de vraag te beantwoorden hoe de geboortezorg in de Zoetermeerse regio ook in de toekomst goed, veilig, bereikbaar en betaalbaar kan worden georganiseerd (HagaZiekenhuis, 2023).

Er vond geregeld afstemming plaats tussen GGD Haaglanden, HagaZiekenhuis, NAZW en gemeente Zoetermeer om er voor te zorgen dat er geen overlap zat tussen de verschillende onderzoeken.

Het onderzoek van het NAZW was eerder afgerond dan het onderzoek van GGD Haaglanden en er wordt enkele keren verwezen naar deze rapportage. Het HagaZiekenhuis gaat in januari 2024 aan de slag met het opstellen van een advies over hoe de (acute) geboortezorg in de Zoetermeerse regio het beste kan worden vormgegeven. De resultaten van dit onderzoek en de onderzoeken van het HagaZiekenhuis en NAZW worden hierin meegenomen.

2.6 Privacy

De geïnterviewden gaven voorafgaand aan het interview toestemming voor deelname aan het onderzoek, het opnemen van het interview en het anoniem verwerken van uitspraken in de rapportage. Transcripten van de interviews zijn anoniem opgeslagen op een beveiligde server in een map waar alleen de betrokken onderzoekers toegang toe hebben.



De resultaten van het kwalitatieve onderzoek worden als eerste gepresenteerd. De resultaten zijn een weergave van ervaringen, verwachtingen en meningen van zwangeren, (net) bevallen vrouwen, verloskundigen, een klinisch verloskundige en gynaecologen uit Zoetermeer, en geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land. Ter illustratie zijn in dit hoofdstuk citaten toegevoegd.

De eerste paragraaf geeft een beschrijving van de geïnterviewden.

De tweede paragraaf gaat in op mogelijke gevolgen van een sluiting van de verloskamers voor zwangeren en baby's. In dit deel komen de mogelijke voordelen en knelpunten van een sluiting van de verloskamers aan bod. Onder de knelpunten worden achtereenvolgens de onderdelen: *reistijd, gevolgen voor de gezondheid, thuisbevallingen, zwangeren in een kwetsbare situatie* en *mogelijke sluiting van andere afdelingen* besproken. De derde paragraaf gaat in op mogelijke gevolgen van een sluiting van de verloskamers voor verloskundigen. Dit deel wordt ingeleid met een beschrijving van de vrouwen die zij begeleiden en ervaringen met bevallingen in andere ziekenhuizen. Ook in dit deel worden de mogelijke voordelen en knelpunten van een sluiting van de verloskamers besproken. De knelpunten zijn onderverdeeld in de onderwerpen: *protocolen en VSV, werkdruk en werkplezier* en *groter team / minder persoonlijke aandacht*. Dit deel eindigt met aanbevelingen.

Paragraaf vier gaat in op de zienswijzen van de gynaecologen. Ook daarin wordt een beschrijving gegeven van de vrouwen die zij in het ziekenhuis begeleiden. Daarnaast worden mogelijke voordelen en knelpunten besproken. De aanbevelingen volgens de gynaecologen komen hierin ook aan bod.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met de resultaten van het literatuuronderzoek.

3.1 Beschrijving geïnterviewden

3.1.1 Vrouwen

De karakteristieken van de 16 geïnterviewde vrouwen zijn samengevat in tabel 1. De vrouwen varieerden in leeftijd van 22 tot 40. Per opleidingsniveau zijn er meerdere vrouwen gesproken en de vrouwen woonden verspreid over Zoetermeer in negen verschillende wijken. Er zijn vrouwen gesproken die zwanger waren dan wel net waren bevallen van hun eerste kind en vrouwen met eerdere zwangerschappen.

Tabel 1. Achtergrondkenmerken geïnterviewde vrouwen

Geïnterviewde vrouwen	%*	N
Zwanger of bevallen		
Zwanger	63	10
Bevallen	37	6
Leeftijd		
22-25	12	2
26-30	25	4
31-35	44	7
36-40	19	3
Opleiding		
mbo	56	9
hbo	31	5
wo	13	2

Geïnterviewde vrouwen	%*	N
Aantal zwangerschappen		
Eerste zwangerschap	37	6
Tweede zwangerschap	37	6
Derde zwangerschap	25	4
Aantal weken zwanger**		
1 ^e trimester	22	2
2 ^e trimester	22	2
3 ^e trimester	56	5

*Door afronding kan het zijn dat percentages niet optellen tot 100%.

**Van één zwangere is de zwangerschapsduur onbekend.

3.1.2 Zorgprofessionals

De karakteristieken van de geïnterviewde professionals zijn samengevat in tabel 2. De geïnterviewde zorgprofessionals zijn eerstelijns verloskundigen, een klinisch verloskundige en gynaecologen. In tabel 3 is meer informatie te vinden over de geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land.

Tabel 2. Achtergrondkenmerken geïnterviewde professionals

Geïnterviewde professionals	%*	N
Functie		
Verloskundige (eerste lijn)	57	4
Klinisch verloskundige	14	1
Gynaecoloog	29	2
Aantal jaren werkzaam		
0-5 jaar	14	1
6-10 jaar	43	3
11-15 jaar	29	2
Meer dan 15 jaar	14	1

*Door afronding kan het zijn dat percentages niet optellen tot 100%.

Tabel 3. Achtergrondkenmerken geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land

Geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land	%*	N
Gemeente		
Lelystad	17	1
Nieuwegein	17	1
Zutphen	33	2
Woerden	17	1
Hoogeveen	17	1

*Door afronding kan het zijn dat percentages niet optellen tot 100%.



3.2 Uitkomsten interviews: gevolgen voor zwangeren en baby's

In de onderstaande paragrafen worden de uitkomsten van de interviews weergegeven met betrekking tot de zwangeren en baby's.

3.2.1 Voordelen van sluiting voor zwangeren en baby's

Van de 16 geïnterviewde vrouwen, benoemen vijf vrouwen mogelijke voordelen van de sluiting van de verloskamers. Elk voordeel werd slechts één keer benoemd.

Eén vrouw verwacht dat de zorg in een ander ziekenhuis misschien beter is. Een ander benoemt dat ze het een voordeel vindt dat het HagaZiekenhuis in Den Haag een bevalhotel heeft. Iemand hoopt dat er in andere ziekenhuizen meer wordt geïnvesteerd in de afdeling verloskunde. De volgende voordelen die benoemd worden zijn niet zozeer voordelen voor de vrouwen zelf, maar eerder voor het ziekenhuis. Een vrouw denkt dat het sluiten van de verloskamers in Zoetermeer meer personeel kan opleveren in een ander ziekenhuis en dat er in Zoetermeer meer ruimte komt voor andere geplande zorg. Een andere vrouw benoemt dat er in Zoetermeer meer ruimte kan ontstaan om een specialisme te ontwikkelen. Dit wordt ook benoemd door de klinisch verloskundige.



“Misschien dat bepaalde gynaecologen dan nog meer kunnen specialiseren op bepaalde gebieden, (...) eerst wilden ze heel erg iedere gynaecoloog allround maken, nu willen ze weer [dat] alle gynaecologen meer een specialisme hebben, dus dat ze dan gespecialiseerd zijn in obstetrie of urologie of verzakkingen, dat soort zaken. Volgens mij willen ze daar weer meer naar terug, dus misschien dat. Dat je gynaecologen hebt die weer iets meer gespecialiseerd zijn per onderdeel van de gynaecologie.” – Klinisch verloskundige

Een drietal verloskundigen geeft aan dat de sluiting van de acute verloskunde in Zoetermeer een voordeel kan zijn voor vrouwen die zelf graag in een ander ziekenhuis willen bevallen. Bijvoorbeeld omdat ze het fijner vinden dat Den Haag als geboorteplaats in het paspoort van hun kind staat, of omdat ze een gynaecoloog uit een ander ziekenhuis al kennen.



“Behalve wat ik zeg, sommige zwangeren zullen het oké vinden, omdat er altijd mensen zijn die niet hier in de regio willen bevallen. Die willen niet in Zoetermeer bevallen. Dan geven we ze nu altijd de keuze, dan dragen we ze tijdens de bevalling over aan een verloskundige in een andere regio en dan begeleidt die dus de bevalling verder. Als we toch al met ze naar een andere regio moeten, dan kunnen wij die zorg natuurlijk blijven dragen.” – Verloskundige

“En soms kent natuurlijk iemand al een gynaecoloog in dat ziekenhuis en willen ze liever daar bevallen, maar goed, als jij daar één gynaecoloog kent, dat is natuurlijk een superkleine kans dat die net je bevalling gaat doen, dus dat is echt minimaal.” – Gynaecoloog

Een verloskundige ziet als voordeel dat in een ander ziekenhuis de neonatologie afdeling volgens haar beter is, omdat moeder en baby samen op een kamer kunnen verblijven. Zij geeft aan dat dit beter is voor de hechting tussen moeder en kind en voor de borstvoeding.

3.2.2 Knelpunten van sluiting voor zwangeren en baby's

3.2.2.1 Toename reistijd

Het meest genoemde knelpunt voor de vrouwen is de langere reistijd. Bijna alle vrouwen noemen daarbij dat ze zich zorgen zouden maken of ze wel op tijd het ziekenhuis zouden bereiken, omdat een bevalling (vooral van een tweede of derde kind) snel kan verlopen. Een aantal vrouwen refereert aan mediaberichten over snelwegbaby's (bijvoorbeeld in april 2023⁷). Zij denken dat het in de toekomst vaker zal voorkomen dat baby's onderweg worden geboren. De vrouwen geven aan dat een langere reis hen stress zal geven en ze vermoeden dat die extra stress geen goede invloed heeft op de bevalling en de baby.



“Ik merk dat de snelwegen altijd superdruk zijn, dus je komt daar niet makkelijk, kost heel veel tijd. [...] Lijkt me echt een gedoe en dat wil je niet tijdens een bevalling. Dus je wilt het wel iets dichterbij huis hebben.” – Zwangere vrouw

Eén van de bevallen vrouwen had een dusdanig snelle bevalling achter de rug, dat ze maar net op tijd in het ziekenhuis van Zoetermeer waren.



“Het is dat ik niet thuis mocht bevallen, want anders was het denk ik beter geweest voor thuis, maar ik moest naar het ziekenhuis toe. En ik kwam binnen in het ziekenhuis en binnen 7 minuten was ze er al. Dus een ander ziekenhuis had ik dus ook gewoon echt totaal niet gered, ik had zelfs de rijksweg niet gered.” – Bevallen vrouw

Een vrouw die thuis wilde bevallen, maar vanwege complicaties naar het ziekenhuis moest, beschrijft haar reis naar het ziekenhuis in Zoetermeer als volgt:



“Ja, ik denk dat ik dat een van de moeilijkste momenten van de bevalling vond, de zwaarste dan in ieder geval. Vooral mentaal, ik had toen even geen mentale kracht meer op dat moment, ik moest mezelf een soort herpakken.” – Bevallen vrouw

Volgens de ervaringen van verloskundigen en bevallen vrouwen is de reistijd naar bijvoorbeeld Den Haag minstens 45 tot 60 minuten, inclusief de tijd van de parkeerplaats tot in de verloskamer.



“We waren er denk ik wel binnen een half uur. Een half uurtje hebben we gereden en toen waren we uiteindelijk daar, nou hup in de parkeergarage. [...] We konden niet goed zien in de parkeergarage waar de uitgang was, waar moesten we naar toe. Dus dat was zoeken. Dan in de lift, duurde ook een tijdje voordat die openging, zulke dingen. [...] Uiteindelijk kwamen we bij de ingang van het ziekenhuis, we moesten nog de hele gang door, voordat je uiteindelijk bij de lift ook was om naar boven te gaan. [...] Maar al met al duurde het echt wel zeker, drie kwartier. Misschien waren we, uiteindelijk tot ik op bed lag, een uur verder.” – Bevallen vrouw

De zorgen om tijdig bij het ziekenhuis te komen tijdens de bevalling leeft ook bij de verloskundigen. Volgens hen geldt dit voor zowel thuisbevallingen waarbij om een medische reden toch naar het ziekenhuis moet worden gegaan, als bij een geplande ziekenhuisbevalling.

7 (Omroep West, 2023)





“We hebben hier natuurlijk een hele korte afstand naar het ziekenhuis toe en zeker bij iemand die van het tweede of een derde kindje bevalt, is die tijd soms wel heel belangrijk: omdat jij een medische indicatie hebt, omdat je vorige keer heel veel bloed verloren hebt, dan moet jij in dat ziekenhuis bevallen. Als jij heel snel gaat bevallen wat best wel vaak gebeurt, dat wij met iemand aankomen en dat die mevrouw nog net vijf à tien minuten heeft en dat ze al bevallen is. Dat gaan we niet redden naar Den Haag of naar Leiderdorp of waar dan ook. Dan heb je dus dat je gedwongen thuis moet blijven, ook al is er een medisch risico, die mensen moeten niet voor niks daar bevallen. Of je gaat wel die gok nemen, maar het is dan wel met de mogelijkheid dat je het dan misschien toch niet redt.”
– Verloskundige

Geënuquëeerde verloskundigen uit andere delen van het land zien dat de langere reistijd stress en onrust oplevert bij vrouwen. Volgens de verloskundigen worden de stress en onrust ook veroorzaakt doordat de vrouwen niet weten in welk ziekenhuis ze gaan bevallen en zich daardoor minder goed kunnen voorbereiden.

Aan de vrouwen is gevraagd in welke mate ze bereid zijn om langer te reizen naar een ander ziekenhuis als daar de zorg of faciliteiten beter zijn. Zwangere en bevallen vrouwen geven zelf aan dat ze maximaal 10 tot 30 minuten willen reizen naar een ander ziekenhuis. Zes vrouwen benoemen dat ze mogelijk naar een ander ziekenhuis zouden gaan als de zorg daar beter is, bijvoorbeeld als er complicaties zijn tijdens de zwangerschap of bij nood tijdens de bevalling. Twee vrouwen benoemen dat een luxere inrichting van de verloskamers een reden kan zijn. Acht vrouwen geven aan dat er voor hen geen redenen zijn waarom ze verder zouden willen reizen. De voorkeur gaat bij alle vrouwen duidelijk uit naar een ziekenhuis dichtbij.

3.2.2.2 Directe gevolgen voor gezondheid

Sluiting van de verloskamers kan volgens de verloskundigen en gynaecologen een aantal gevolgen hebben voor de gezondheid van vrouwen. Ze geven bijvoorbeeld aan dat de reisafstand en de zorg om niet tijdig in het ziekenhuis te komen ertoe kunnen leiden dat bevallingen met een medische indicatie onbedoeld thuis plaatsvinden. Voor verloskundigen betekent dit dat ze thuis mogelijk zorg moeten verlenen waarin zij niet gespecialiseerd zijn of waarvoor ze niet de middelen voorhanden hebben. Bijvoorbeeld bij vrouwen die heel snel bevallen. De eerstelijns verloskundige is daarbij thuis de eindverantwoordelijke. Eén van de verloskundigen geeft aan zich niet prettig te voelen bij deze verantwoordelijkheid in het geval van hoog-risico bevallingen die het ziekenhuis mogelijk niet halen.

Verloskundigen geven aan dat een langere reistijd ertoe kan leiden dat ze vrouwen tijdens de bevalling eerder doorverwijzen naar het ziekenhuis. Dit wordt ook genoemd door geënuquëeerde verloskundigen uit andere delen van het land: ze geven aan ‘defensievere’ verloskunde toe te passen (eerder doorverwijzen bij vermoeden van pathologie). Ook noemen ze dat sommige vrouwen vanwege de reistijd soms al eerder in de bevalling de wens hebben richting het ziekenhuis te gaan. Professionals zien hierbij een aantal directe gezondheidsgevolgen.

Bij een doorverwijzing naar het ziekenhuis moet de vrouw worden overgedragen. Bij de overdracht bestaat er een kans dat er medische informatie verloren gaat. Daarnaast noemen meerdere verloskundigen (inclusief de klinisch verloskundige) dat er een grotere kans is op onnodige medicalisering. Zo benoemen ze dat het bekend is dat vrouwen in het ziekenhuis sneller pijnstilling of weeën opwekkende middelen krijgen, omdat medicatie makkelijker beschikbaar is, of dat een bevalling mogelijk eerder wordt ingeleid. De professionals geven aan dat deze medicalisering risico's met zich mee kan brengen voor de gezondheid van moeder en kind. Ter illustratie worden in het kader een aantal mogelijke bijwerkingen of complicaties beschreven van pijnstilling en inleiding (patiëntenfolders: Haga Juliana Geboortecentrum, z.d.[a], Haga Juliana Geboortecentrum, z.d.[b]).

Mogelijke bijwerkingen/complicaties ruggenprik (epidurale pijnbestrijding)

- Bloeddrukdalning (bij moeder)
- Verhoogde kans op kunstverlossing (vacuüm- of tangverlossing)
- Koorts (verhoging van temperatuur)

Mogelijke bijwerkingen/complicaties weeën opwekkende middelen

- Langdurige bevalling
- Hyperstimulatie (teveel weeën te snel achter elkaar, bij langdurig treedt mogelijk zuurstofgebrek op bij baby).



“We weten ook gewoon dat als je al in het ziekenhuis bent, de weeën vaker, zeker in die beginperiode van de bevalling, sneller afzwakken. Dus dan zal je weer medische interventies moeten gebruiken om zo’n bevalling op gang te krijgen. We weten ook dat als een patiënt al over de drempel is van het ziekenhuis, dat je meer kans hebt op pijnstillingsverzoeken, met alle gevolgen van dien. Want alles heeft natuurlijk risico’s, ook pijnstilling, voor moeder en kind. Ik kan me voorstellen dat je steeds meer zo’n bevalling gaat overmedicaliseren op deze manier, door mensen uit hun eigen omgeving te halen.” – Klinisch verloskundige

3.2.2.3 Indirecte gevolgen voor zwangeren

Naast directe effecten van een langere reisafstand op de gezondheid van moeder en kind geven de professionals ook aan dat er indirecte gevolgen kunnen zijn.

Allereerst benoemen de (klinisch) verloskundigen en gynaecologen dat de druk op de verloskamers van andere ziekenhuizen in de regio toeneemt, waarbij er in sommige ziekenhuizen al sprake van krapte is. Vrouwen uit andere gemeenten (buiten de regio) komen bij krapte nu naar Zoetermeer, maar zullen bij de sluiting van de verloskamers nog verder moeten reizen. Ook geënuquëeerde verloskundigen uit andere delen van het land zien door de sluiting van de verloskundeafdeling in hun regio dat de druk op andere ziekenhuizen is toegenomen en er minder capaciteit is. Zij geven ook aan dat het vooraf niet weten waar ze terecht kunnen bij zwangeren en barenden vrouwen stress oplevert. Ook het zoeken naar een plek levert stress op, voor zowel de verloskundige als de zwangere.



“Tijdens een bevalling bij drukte, zijn we soms ook lang aan het bellen om een plekje te vinden. Dat doen we meestal buiten de kamer waar de barenden zich bevindt, maar blijft voelbaar. Geeft vaak het gevoel: niemand wil me hebben! Heel naar. En dit heeft sowieso geen goede invloed op de baring.” – Geënuquëeerde verloskundige uit ander deel van het land



De verloskundigen uit andere delen van het land geven aan in meerdere ziekenhuizen bevallingen te begeleiden, maar dat het ook voorkomt dat die ziekenhuizen vol zitten en de vrouwen nóg verder buiten de regio terecht moeten. Dit geldt volgens een verloskundige niet alleen voor de bevalling zelf, maar ook voor een controleafspraak. Zij benoemt dat het vertrouwen om in de buurt hulp te kunnen krijgen volgens haar een positieve invloed heeft op de beleving van de zwangerschap.

Ten tweede zien de professionals mogelijke problemen voor de ambulancedienst. Doordat de afstand groter is en een deel van de zwangeren niet met eigen vervoer kan reizen, zal er volgens verloskundigen eerder en vaker een ambulance moeten worden opgeroepen. De verloskundigen nemen nu nog regelmatig iemand mee in hun eigen auto binnen Zoetermeer, maar zullen dit niet meer doen als ze verder moeten reizen. De druk op ambulancezorg zal toenemen.



“Dus iedere ambulance die je inzet voor verloskunde is, want dat zetten we nu dus bijna nooit in, echt alleen spoedgevallen, maar die is nu dus relatief kort onderweg, want die is Langeland [HagaZiekenhuis Zoetermeer] en weer leeg. Die is nu langer onderweg, maar ook dus nu al die tijd niet beschikbaar voor een ander spoedgeval [...] Dus we zullen vaker ambulances bellen, we zullen eerder een ambulance bellen, je zal gewoon voorzichtiger zijn.” – Verloskundige

Geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land bevestigen dat ze sinds de sluiting van het ziekenhuis in hun omgeving vaker en sneller een ambulance bellen. Eén van deze verloskundigen ziet dat voor zwangeren de vervoerskosten stijgen, bijvoorbeeld doordat de kosten voor een ambulance van het eigen risico moeten worden betaald of een taxi moet worden ingezet. Een andere verloskundige geeft aan dat ze een defensiever beleid voeren, namelijk dat er in sommige situaties eerder een ambulance wordt gebeld, zoals bij een vrouw die veel bloed verliest tijdens de bevalling. Het komt voor dat iemand daardoor te vroeg of onterecht in het ziekenhuis komt. Eén van deze verloskundigen noemt dat er in hun regio een tekort is aan ambulances, waardoor de wachttijd soms lang is.

3.2.2.4 Thuis bevallen

De verloskundigen en gynaecologen twifelen of het straks voor vrouwen in Zoetermeer nog mogelijk is om veilig thuis te bevallen als de reisafstand tot het ziekenhuis toeneemt. De eerstelijns verloskundigen zullen andere keuzes moeten maken, waarbij ze in sommige gevallen (vrouwen met een medische voorgeschiedenis) minder snel een thuisbevalling zullen adviseren.

Zowel de vrouwen als de professionals geven aan dat een sluiting van de geboortezorg in Zoetermeer hun keuzevrijheid beperkt voor de plek om te bevallen. Daarnaast maken de vrouwen zich zorgen of een thuisbevalling nog wel de beste optie is. Zoals eerder al werd benoemd, kan het voor verloskundigen betekenen dat ze adviseren om eerder naar het ziekenhuis te gaan of eerder/vaker een ambulance oproepen om te voorkomen dat de vrouwen niet op tijd in het ziekenhuis komen.



“Als je thuis bent, dan zal je die inschatting moeten maken met de middelen die je hebt, of je het zo laat of dat je misschien toch preventief al een ambulance gaat bellen, voor het geval dat. En anders, als je dat niet doet, dan zal er wel assistentie moeten worden gedaan op een ambulance. Er zit wel allemaal vertraging in, plus dat er ook wel een mogelijke belasting dan voor de ambulance zal zijn.” – Verloskundige

Een van de gynaecologen geeft aan dat in acute situaties bij een thuisbevalling de afstand kan leiden tot risico's voor de baby en moeder. Bijvoorbeeld als er sprake is van een loslatende placenta of veel bloedverlies bij de moeder. De langere reistijd kan in zulke gevallen zorgen voor een hoger risico op overlijden van het kind of de moeder of het niet gezond ter wereld komen van het kind. Hierbij benoemt de gynaecoloog dat deze situaties gelukkig slechts zelden voorkomen, maar dat 'er niet te makkelijk overheen gestapt moet worden'.



“Als je dan als zwangere in Zoetermeer thuis gaat bevallen en je krijgt een probleem, dan voorzie ik problemen om een ziekenhuis te vinden waar er plek is om naartoe te verhuizen. De delay is dan zodanig dat de vraag is van, is dit gezond voor moeder en is dit gezond voor kind? Als je bijvoorbeeld aan foetale nood denkt, dan is dat echt belangrijk dat je snel in een ziekenhuis kan zijn waar er ook gehandeld kan worden. Dus daar voorzie ik wel heel veel problemen.” – Gynaecoloog

De geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land zien ook dat de keuzevrijheid is afgenomen door de sluiting van het ziekenhuis. Eén van deze verloskundigen benoemt dat vrouwen door de afstand niet meer thuis durven bevallen of juist gedwongen thuis moeten bevallen omdat de afstand te groot is voor veilig transport. Een andere verloskundige geeft aan dat er vooral in het begin na de sluiting van het ziekenhuis meer ongewenste thuisbevallingen waren door de angst voor de langere reistijd, met name in de spits. De verloskundigen zien dat het de vrouwen veel onrust geeft, omdat ze zich afvragen of veilig thuis bevallen nog wel kan.

3.2.2.5 Zwangeren in een kwetsbare situatie

Door de toename in reistijd en de mogelijke gevolgen daarvan, zien de professionals voornamelijk risico's voor de gezondheid en het welzijn van vrouwen in een kwetsbare situatie. Kwetsbare vrouwen zijn volgens verloskundigen en gynaecologen vrouwen met een lage sociaaleconomische status (SES), die de taal niet goed kennen, zonder netwerk, met psychische problemen of tienermoeders (in het kader op pagina 23 is meer informatie te vinden over deze vrouwen, aangevuld met literatuur). Een medische indicatie maakt deze vrouwen nog kwetsbaarder.

Onder professionals leeft de zorg dat deze kwetsbare vrouwen zorg zullen gaan mijden als de reisafstand tot het ziekenhuis groter wordt. Dit geldt tijdens de bevalling, maar vooral voor controles in het ziekenhuis voorafgaand aan en na de bevalling.



“Dat ze dus uiteindelijk niet de zorg ontvangen die ze hadden moeten ontvangen. Dus daardoor eigenlijk benadeeld worden ten opzichte van mensen die wel de taal machtig zijn en de middelen hebben om zich te verplaatsen naar een ander ziekenhuis, wel meer snappen van wat er aangegeven wordt en dus meer eigen dirigent blijven van hun lijf, zwangerschap en bevalling. En dat dat voor die andere mensen die dat niet hebben, of dingen gaan missen, niet op de juiste manier verlopen, mensen zelf niet goed snappen wat van belang is, daardoor natuurlijk een minder fijne ervaring gaan krijgen, doordat dat daar is [...] Als jij niet makkelijk naar een ziekenhuis kan, dan bel je die afspraak af. Je komt gewoon niet.” – Verloskundige

Geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land herkennen de zorgmijding van kwetsbare vrouwen. Zij zien dat niet iedereen de reiskosten naar het ziekenhuis kan opbrengen. Een verloskundige ziet dat mensen daardoor soms niet naar het ziekenhuis gaan, ondanks het advies om het wel te doen. Een andere verloskundige ziet dat gezinnen nu aangewezen zijn op taxivervoer, wat hoge kosten met zich meebrengt.

Als de drempel om naar het ziekenhuis te gaan voor een controle (zoals het laten maken van een hartfilmpje) hoog is, dan neemt volgens een gynaecoloog de kans op een acute interventie later in de zwangerschap toe.





“Maar ook de vrouwen die nu laagdrempelig door de verloskundige worden ingestuurd als ze bijvoorbeeld aan de bel trekken bij de verloskundige en ze voelen de baby niet goed bewegen. Dat is een reden om naar het ziekenhuis te komen en om een hartfilmpje te laten maken om te kijken hoe de conditie van het kind op dat moment is. En er zijn momenten waarop het dan niet goed gaat met het kind, waarop we dan op dat moment acuut een interventie moeten doen, door bijvoorbeeld een spoedkeizerssnede te doen. Nou, ja, nu zijn er mensen die soms lopend of op de fiets naar het ziekenhuis toekomen, omdat ze gewoon nou, ja, de middelen niet hebben, geen auto hebben om snel naar het ziekenhuis te gaan. Nu zitten we heel kortbij. Als ze dan naar andere klinieken gestuurd moeten worden dan denk ik dat met name vrouwen met die lage sociaaleconomische status dat die dan denken van ja, ik ga niet het openbaar vervoer betalen om naar Rotterdam of Den Haag of naar Delft naar het ziekenhuis te moeten. Ik zie daar wel echt gevaren in. En ik kan het niet hard maken dat het zo gaat zijn, maar ik maak me daar wel echt heel erg zorgen om.”

– Gynaecoloog

Kwetsbare groepen volgens de professionals

Mensen met een lage sociaal economische status: het ziekenhuis in Zoetermeer is voor veel inwoners op fiets- of loopafstand, maar bij sluiting van de verloskamers zijn ze afhankelijk van auto, taxi of openbaar vervoer om naar het ziekenhuis te gaan. Een deel van de inwoners heeft geen eigen auto of financiële middelen voor alternatief vervoer. Verloskundigen geven aan dat ze momenteel vrouwen bij een bevalling soms zelf meenemen in de auto naar het HagaZiekenhuis Zoetermeer. Bij een sluiting van de verloskamers, geven de verloskundigen aan dat dit niet meer mogelijk is. Ze zijn langer onderweg en kunnen in de tussentijd geen andere vrouwen (telefonisch) begeleiden.

Mensen die de taal niet goed spreken: voor verloskundigen is het nu soms al lastig om uitleg te geven over het ziekenhuis in Zoetermeer. De verloskundigen verwachten dat bij een sluiting van de verloskamers de uitleg complexer wordt. Het risico daarvan is dat mensen die de taal niet goed spreken, mogelijk de zorg niet krijgen die ze hadden moeten ontvangen. Of door verwarring naar het verkeerde ziekenhuis gaan. Verloskundigen moeten daardoor vaker een tolk inzetten om uitleg te geven over welke zorg ze in het andere ziekenhuis moeten ontvangen en hoe ze er moeten komen.

Mensen zonder netwerk: zwangere vrouwen met geen of een klein netwerk, hebben moeite om voor een controleafspraak in het ziekenhuis oppas te regelen voor hun kinderen. Controles in Zoetermeer zijn vaak snel en makkelijk, waardoor ze maar kort of geen oppas hoeven te regelen. Als ze voor die afspraak buiten Zoetermeer moeten, loopt de tijd op dat ze oppas moeten regelen, terwijl ze niet altijd die mogelijkheid hebben.

Tiernermoeders: uit onderzoek blijkt dat een lage sociaaleconomische status, een disfunctionele familie en beperkt onderwijs het meest gerelateerd zijn aan tienerzwangerschappen (Imamura et al., 2007). In medisch opzicht hebben tienerzwangerschappen een minder goede prognose, met een verhoogde kans op vroeggeboorte en perinatale sterfte. Daar komt bij dat een tienerzwangerschap vaak leidt tot slechtere maatschappelijke kansen voor moeder en kind (Karamali, 2005; Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

Mensen met psychische problemen: voor verloskundige hulpverleners is het vaak moeilijk om kwetsbare zwangeren te motiveren om psychiatrische hulp te accepteren of de POP-poli (psychiatrie, obstetrie (verloskunde) en pediatrie (kindergeneeskunde)) te bezoeken. Zwangere vrouwen met onbehandelde psychopathologie onttrekken zich vaker uit de verloskundige zorg, hebben vaker een ongezondere leefstijl en hebben meer kans op zwangerschapscomplicaties, waaronder vroeggeboorte en kinderen met een lager geboortegewicht. Hun kinderen lopen daarbij meer risico op ontwikkelings- en gedragsstoornissen (Kleiverda et al., 2012).

* Voor cijfers over lage SES, tienermoeders en zwangeren met psychologische problemen in Zoetermeer, zie bijlage 6.

De professionals geven aan dat er gesproken is over het organiseren van de controles rondom de zwangerschap in Zoetermeer. De geïnterviewde gynaecologen zijn daar geen voorstanders van. Eén van de gynaecologen noemt dat het schijnzekerheid biedt om controleafspraken in Zoetermeer te blijven doen. Als tijdens een controle blijkt dat er acute zorg nodig is, is dat in het ziekenhuis niet mogelijk. De vrouw overdragen naar een ander ziekenhuis voor de juiste zorg kost tijd; er moet een ambulance komen en er moet ruimte in een ander ziekenhuis beschikbaar zijn. Daarnaast geeft de gynaecoloog aan dat het voor vrouwen positiever uitwerkt om de zorg op één locatie te krijgen. Dit geeft vertrouwdheid met de plek en het personeel.

3.2.2.6 Mogelijke sluiting van afdeling kindergeneeskunde van het ziekenhuis

De verloskundigen en gynaecologen maken zich zorgen dat door de sluiting van de verloskamers ook andere afdelingen van het ziekenhuis zullen sluiten, zoals de afdeling kindergeneeskunde. Zij benoemen dat een groot deel van de patiënten van deze afdeling vanuit de geboortezorg komt. Ook de zorg voor kinderen in een later stadium zou dan op grotere afstand zijn. Daarbij komt dat ouders met een ziek kind langer onderweg zijn naar het ziekenhuis. De langere reistijd naar het ziekenhuis is nadelig wanneer een kind met spoed naar het ziekenhuis moet. Met name voor baby's met een lage temperatuur die toch al weinig energie kunnen missen is een lange autorit niet gewenst. Bij een opname op de afdeling kindergeneeskunde zijn ouders verder van hun kind weg, wat vooral voor net bevallen vrouwen veel energie kost. Eén van de gynaecologen benoemt dat het sluiten van de verloskamers ook uiteindelijk invloed zou kunnen hebben op de KNO-afdeling. Zij berede-neert dat als ouders het ziekenhuis kennen doordat ze daar voor de geboorte van hun kind zijn geweest ze daar ook voor andere zorg zoals de KNO naartoe zullen gaan.



“Wat ons wel zorgen baart, (...) is dat als verloskunde hier gaat sluiten, dat er natuurlijk ook een hele grote kans is dat de kinderafdeling moet sluiten, omdat een groot deel van hun patiënten via de verloskunde binnenkomt en als je die natuurlijk niet meer hebt, dan wordt het aandeel misschien zo klein, dat ook alle overige kinderen niet meer hier terecht kunnen voor zorg en ook dus naar een andere stad moeten, omdat de afdeling hier dan te klein wordt.” – Verloskundige

“Ik denk dat als we hier geen verloskunde meer hebben, dat de kindergeneeskunde hier ook kan sluiten. Wat je dan kan bedenken is dat, stel je hebt toch een spoedeisende hulp hier, we hebben geen kindergeneeskunde hier meer, je hebt een halfdood kind thuis, weet ik het, verzin het, dan gaan ze naar de spoedeisende hulp hier, maar de kinderarts is hier niet. Dus dan heb je ook daar een delay, dat je hier niet meer terecht kan met een doodziek kind. [...] Wat dacht je van de KNO ook, die heeft ook verstrekkende gevolgen. Want mensen die hier bevallen en die kennen het ziekenhuis, die gaan wat makkelijker naar de kindergeneeskunde, naar de kinderarts, maar die gaan ook wat makkelijker naar de KNO-arts hier, omdat ze het ziekenhuis kennen. Dat is menseigen, dat gebeurt en het zou wel kwalijk zijn als het ook gevolgen heeft natuurlijk voor de KNO-afdeling, maar ook voor de kindergeneeskunde.” – Gynaecoloog

Een aantal verloskundigen van buiten de regio geeft aan dat een andere afdeling van het ziekenhuis is gesloten nadat de acute verloskunde gesloten was. Zo is in Hoogeveen de afdeling kindergeneeskunde gesloten en in Nieuwegein de afdeling neonatologie.

3.3 Uitkomsten interviews: gevolgen voor (klinisch) verloskundigen

3.3.1 Beschrijving populatie

Van de vier verloskundigenpraktijken in Zoetermeer hebben er drie een kwalitatieve beschrijving gegeven van de vrouwen die zij zien in hun praktijk. Twee van de drie praktijken zijn groot en hebben tussen de 250 en 400 bevallingen per jaar. In één van deze twee praktijken heeft de helft van de vrouwen een migratieachtergrond en komen veel kwetsbare vrouwen (lage SES, tienerzwangerschappen, schulden, alleenstaande moeders).



De verloskundige geeft aan dat voor ongeveer 20% van de vrouwen het opslagtari⁸ geldt. Het opslagtari⁸ compenseert verloskundigen voor de extra zorg aan cliënten die wonen in opslagwijken (voorheen achterstandswijken). De verloskundige van de andere praktijk geeft aan dat ongeveer 10-15% van de vrouwen uit een opslagwijk komt. Het merendeel van de vrouwen (60-70%) heeft een mbo-opleiding en ongeveer 20% is hbo- of universitair opgeleid. Het is niet bekend hoeveel vrouwen een migratieachtergrond hebben in deze praktijk. In beide praktijken bevalt ongeveer 14% van de vrouwen thuis en tussen de 70 en 82% in het ziekenhuis in Zoetermeer.

De andere praktijk is een solopraktijk en heeft om die reden maximaal 50 bevallingen per jaar. Deze praktijk trekt voornamelijk hoogopgeleide vrouwen die bewust bezig zijn met hun zwangerschap en bevalling. Een afspraak met de verloskundige duurt geen 15 minuten, zoals bij andere praktijken, maar 45 minuten. Daarin zit ook 30 minuten cursus voor de zwangere vrouwen. Daardoor hanteert deze verloskundige een hoger tarief en is daarom niet beschikbaar voor iedereen. De vrouwen komen voornamelijk uit Den Haag en Zoetermeer, maar ook uit Rijswijk en Voorburg. In deze praktijk bevalt ongeveer 33% van de vrouwen thuis, 33% bevalt in Zoetermeer en 33% in Den Haag.

3.3.2 Ervaringen met bevallingen in andere ziekenhuizen

Van de vier verloskundigen heeft er één regelmatig bevallingen in andere ziekenhuizen. Dit betreft de verloskundige met een solopraktijk. De andere drie geven aan dat dit slechts enkele keren is voorgekomen, met name wanneer er geen plek was in Zoetermeer. Drie verloskundigen geven aan dat de samenwerking lastiger verloopt in een ander ziekenhuis en dat het lastiger werken is door de andere protocollen. Andere ervaringen die genoemd worden zijn de langere reistijd, niet fijn om weg te zijn uit Zoetermeer en onbekendheid met de locatie (bijv. niet weten waar de spullen liggen).

3.3.3 Voordelen van sluiting voor verloskundigen

Van de vier geïnterviewde verloskundigen benoemden twee verloskundigen ieder een voordeel van een mogelijke sluiting. Mogelijk zou de samenwerking tussen de verloskundigen in Zoetermeer beter worden, omdat ze elkaar meer nodig zullen hebben. En mogelijk wordt de kwaliteit van zorg hoger omdat er een toename is van professionaliteit door samenwerking met meer zorgprofessionals in het ziekenhuis.



“Nou, het enige puntje wat ik zou kunnen noemen is dat je elkaar als eerste lijn in Zoetermeer nog meer nodig gaat hebben, dus (...) de samenwerking tussen de praktijken onderling zal dan nog beter moeten worden. En dat als je een gezamenlijk probleem hebt, dat kan altijd weer een soort van gezamenlijkheid [opleveren] om dat op te lossen.”
– Verloskundige

De klinisch verloskundige kon geen voordelen voor de verloskundigen bedenken, maar benoemde als voordeel voor het ziekenhuis dat een sluiting van de verloskamers mogelijk goedkoper is.

3.3.4 Knelpunten van sluiting voor verloskundigen (eerste lijn)

3.3.4.1 VSV en protocollen

Een VSV is een verloskundig samenwerkingsverband (zie kader voor meer uitleg over VSV's). Alle geïnterviewde verloskundigen benoemden het moeten samenwerken met meerdere VSV's en de strengere protocollen in andere ziekenhuizen als knelpunten. De verloskundigen (maar ook de klinisch verloskundige en gynaecologen) geven aan dat er een goedwerkend VSV is in Zoetermeer. In de protocollen staat de vrouw centraal en het is er met name op gericht om zo lang mogelijk in de eerstelijnszorg te blijven. Meerdere keren wordt de kleinschaligheid van het team en het onderlinge vertrouwen hierbij benoemd. Bijna alle geïnterviewde professionals geven aan dat de protocollen in andere ziekenhuizen strenger zijn. Een verloskundige verwacht dat de protocollen strenger zullen worden (om risico's uit te sluiten), omdat de groep die met één protocol moet werken groter wordt.

⁸ Aan cliënten uit opslagwijken wordt immers méér tijd besteed dan aan reguliere cliënten (KNOV).

Verloskundig samenwerkingsverband (VSV)

Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) zijn lokale overlegvormen waarin verschillende beroepsgroepen die betrokken zijn bij de geboortezorg, samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Doel van VSV's is om de samenwerking en afstemming te verbeteren tussen verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen, kinderartsen en anesthesiologen. VSV's werken op verschillende manieren aan de verbetering van de kwaliteit van de geboortezorg. Zo ontwikkelen ze regionale beleidsplannen, monitoren ze de kwaliteit van de zorg en geven ze voorlichting aan vrouwen en hun partners. De oprichting van VSV's is één van de maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen om de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland te verbeteren. De aanleiding hiervoor was het relatief hoge sterftcijfer rond de geboorte in Nederland. Er is een landelijk dekkend netwerk van VSV's (VZinfo, 2023b).

In Zoetermeer is er het VSV Zoetermeer. Dit is een samenwerkingsverband tussen het HagaZiekenhuis Zoetermeer, gynaecologen, eerstelijns- en tweedelijns verloskundigen, kinderartsen en kraamzorg uit de regio Zoetermeer en omstreken. Meer informatie over het VSV in Zoetermeer en hun protocollen zijn te vinden op hun website: [VSV Zoetermeer – Verloskundig Samenwerkings Verband Zoetermeer](#).



“En op het moment dat je natuurlijk een ander ziekenhuisprotocol moet gaan volgen, kan je denken bijvoorbeeld aan zwangerschapsdiabetes, dat zijn dingen die wij hier in de stad afgesproken hebben, dat wij die begeleiden. Terwijl als je naar de protocollen in Den Haag kijkt, die mensen moeten eigenlijk al heel snel over naar de tweede lijn. Dan is eigenlijk wel de vraag, wat is daar dan de meerwaarde van, dat die mensen overgaan naar de tweede lijn? Want doen ze daar dan meer zorg geven of andere zorg, wij denken eigenlijk van niet. Ik denk dat je juist alleen maar de kans op overmedicalisering groter maakt en dat dat veel minder is als je wel gewoon bij je eigen zorgverlener onder zorg kan blijven.” – Verloskundige

“...in andere regio's zijn die protocollen echt achthonderd keer strenger dan dat ze hier zijn, terwijl ze daar niet betere uitkomsten hebben. Dus daar worden als voorbeeld kinderen boven een bepaald gewicht geprikt, moeten ze daar 24 uur blijven, worden bloedsuikers geprikt in de hiel, wordt dat arme kind dus vier keer geprikt, terwijl uiteindelijk mag die ook gewoon naar huis, want er is niets aan de hand. Hier wordt pas bij een veel hoger percentage die kinderen geprikt. Een heel deel van de kinderen wordt hier niet geprikt. Die doen het net zo goed als de kinderen die wel geprikt zijn, maar deze heeft in ieder geval geen vier keer een naald in zijn voet.” – Verloskundige

De verloskundigen zien de samenwerking met meerdere VSV's (zie kader) als een knelpunt. Allereerst is dit een enorme tijdsinvestering, daarnaast zorgt het voor meer onduidelijkheid. Dit is nadelig voor de verloskundige, want zij is degene die de protocollen/afspraken van verschillende ziekenhuizen moet kennen. Daarnaast wordt het voor de verloskundigen ook lastiger om de vrouwen van goede en duidelijke informatie te voorzien. De verloskundigen maken zich dan met name zorgen over de vrouwen met een taalbarrière: ze merken dat het nu al lastig is om uit te leggen hoe het werkt in het ziekenhuis. Zes verschillende mogelijkheden maakt dit nog lastiger. Dit kan met een tolk, zegt één van de verloskundigen, maar het regelen van een tolk kost ook weer extra tijd.

Meerdere VSV's

De bevallingen zullen plaatsvinden in meer dan één ziekenhuis. Het is op voorhand onduidelijk waar een zwangere terecht kan voor haar bevalling. In het uiterste geval moet men gaan samenwerken met zes ziekenhuizen: twee in Den Haag, Leiden, Leiderdorp, Delft en Gouda. Dit betekent samenwerken met zes verschillende VSV's.





“En omdat je ook niet standaard een ziekenhuis hebt waar je dan wel terecht kan, kan je ook niet denken oké, ik ga het even goed uitzoeken en ik onthoud het en dan weten we het gewoon, want het is in Gouda weer anders dan in Den Haag en in Den Haag weer anders dan in Leiderdorp. Dus alles wat je uitwijkt, is weer anders.” – Verloskundige

“Dus uiteindelijk sta ik zes ziekenhuizen verderop, terwijl er een plan is gemaakt in ziekenhuis één. Dat vind ik voor die zwangere ook een belangrijk knelpunt, dat geeft onzekerheid ook voor hen. Dat je tot last minute niet weet waar je dan wel gaat bevallen” – Verloskundige

Eén verloskundige van buiten de regio geeft aan dat het samenwerken met meerdere ziekenhuizen soms nieuwe inzichten geeft die ze mee kan nemen in haar werk. Maar bovenal geven meerdere verloskundigen aan dat de verschillende protocollen voor verwarring zorgen en dat ze meer tijd kwijt zijn aan de uitleg hierover.

3.3.4.2 Werkdruk / werkplezier

Een ander vaak genoemd knelpunt van een mogelijke sluiting van de verloskamers is de toename van werkdruk en de daarmee gepaard gaande afname van het werkplezier. De verloskundigen geven aan dat zij meer tijd kwijt zullen zijn aan de randvoorwaarden van zorg en deze tijd niet kunnen besteden aan de vrouwen. Zij verwachten een toename in de werkdruk door de deelname aan meerdere VSV's, de langere reistijd en het langer zoeken naar een beschikbare verloskamer.

Als de verloskamers zouden sluiten, dan zullen de verloskundigen aan meerdere VSV's moeten deelnemen. Dit om te weten hoe het werkt in een ziekenhuis, wat de afspraken zijn en wat de bijbehorende protocollen zijn. De verloskundigen geven aan dat ze het belangrijk vinden om een stem te geven aan de vrouwen die zij begeleiden, en willen meebeslissen over de protocollen. Daarom heeft het de voorkeur om participierend lid te zijn in plaats van meeleslid. Opdat ze afspraken kunnen maken voor de vrouwen die zij begeleiden. Participierend lid zijn van een VSV kost veel extra tijd.



“Hier maken we alle afspraken via het VSV, ik kan niet in vijf VSV's gaan zitten, één VSV kost al gruwelijk veel tijd en vijf, dat is natuurlijk helemaal niet te doen. Dus, het samenwerken met heel veel ziekenhuizen zie ik echt een probleem voor me, hoe wij dat zouden moeten doen. En voor mezelf is dat vervelend, maar uiteindelijk natuurlijk ook voor die zwangere, want hoe beter ik kan samenwerken met een ziekenhuis, hoe beter voor haar de zorg ook is.” – Verloskundige

Meerdere verloskundigen geven aan dat ze nu al een 'zenuwachtig gevoel' krijgen bij het idee dat ze lang uit hun werkgebied weg zijn. Ze hebben het idee dan te ver weg te zijn van de vrouwen die zij begeleiden. Daardoor kunnen zij geen taken meer combineren. De mogelijkheid om meerdere bevallingen tegelijk te doen is kleiner, want de vrouwen liggen waarschijnlijk over meer ziekenhuizen verspreid. Bovendien kunnen ze tijdens een bevalling niet 'even' weg om een controle uit te voeren bij een vrouw die belt. De verloskundigen geven aan dat ze eerder naar het ziekenhuis zullen gaan, waardoor ze veel langer met één vrouw bezig zijn. Alle verloskundigen geven aan dat zij het om bovenstaande redenen niet gaan redden met één dienstdoende verloskundige. Zij zullen dus een achterwacht nodig hebben of een tweede dienstdoende verloskundige per praktijk. De geïnterviewde verloskundigen die ook eigenaar zijn van de praktijk geven aan dat dit ook financiële gevolgen zal hebben.

Tot slot, de laatste reden die genoemd wordt voor een toename van de werkdruk, is het langer moeten zoeken naar een plek voor een bevalling. Er zijn meerdere redenen genoemd door de verloskundigen waarom zij verwachten dat de druk op de verloskamers gaat toenemen. De verloskundigen denken dat ze vrouwen eerder tijdens de bevalling naar het ziekenhuis gaan sturen, omdat de reisafstand en -tijd groter zijn. Een vrouw zal dus langer een bed bezet houden. Daarnaast geven zowel de verloskundigen als de klinisch verloskundige en gynaecologen aan dat er volgens hen in Zoetermeer veel bevallingen zijn van vrouwen buiten de regio



vanwege capaciteitsproblemen. De verloskundigen verwachten dat ze door bovenstaande redenen meer tijd kwijt zijn aan het bellen voor een plek en deze tijd kunnen zij niet besteden aan het geven van zorg. Bovendien zeggen zij dat het zoeken naar een plek voor stress zorgt bij zowel de verloskundige als de vrouw.

Meerdere geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land bevestigen de toename in de werkdruk door de deelname aan meerdere VSV's, de grotere afstand en het moeten zoeken naar een plek voor de bevalling. Ze geven aan dat ze taken niet meer kunnen combineren en vaker op een achterwacht moeten terugvallen. Soms is er zelfs een derde achterwacht nodig. Eén van de geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land geeft daarnaast aan dat ze zelfs vaker gebeld worden door zwangeren die eigenlijk onder controle staan van de gynaecoloog, maar graag de zorg dichtbij willen. Of dat de gynaecoloog belt of zij even een snelle controle uit kunnen voeren bij bijvoorbeeld gebroken vliezen of een dwarsligging. Ook ervaren zij de acute situaties als nog stressvoller.

“

“Ook acute situaties zijn een stuk stressvoller, met een ziekenhuis om de hoek ben je zo waar je wilt zijn. Kun je een vrouw soms ook nog zelf laten rijden. Nu zijn de afstanden een stuk groter, hebben we dus ook vaker ambulances nodig (waar ook een tekort aan is, waardoor de wachttijd soms ook lang is). We kunnen nu dus niet altijd meer weg bij een eigenlijk onveilige situatie en dit heeft sinds de sluiting al voor meerdere incidenten gezorgd in de regio wat heeft geleid tot kinderen met een slechte start of onnodig letsel bij moeders. Deze dingen hebben ook op ons een enorme impact, wij zijn dan ook bang dat dit op de lang termijn nog grote gevolgen kan gaan hebben (uitval i.v.m. burn-out etc.)”
– Verloskundige van buiten de regio

Alle bovenstaande gevolgen van een sluiting van de verloskamers verhoogt de stress onder de verloskundigen die deel uitmaken van een beroepsgroep die al onder druk staat door krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast is het werkplezier in Zoetermeer nu hoog. Ook de klinisch verloskundige en de gynaecologen verwachten dat het werkplezier zal afnemen, met name door de toename in werkdruk. Zij geven aan dat ze bewust gekozen hebben voor de kleinschaligheid in Zoetermeer. Veel verloskundigen, de klinisch verloskundige en gynaecologen verwachten dan ook dat niet al het personeel van de verloskamers ‘mee’ zal gaan naar Den Haag. Hierdoor neemt de druk op het personeel in Den Haag toe. Omdat er door de toegenomen werkdruk minder tijd en aandacht voor de vrouwen is, is de verwachting dat dit het welzijn en de gezondheid van vrouwen niet ten goede komt.

“

“Ik weet niet of jij ook verpleegkundigen gesproken hebt, maar ik denk dat die tenminste wat ze nu zeggen hè [...], we hebben niet voor niks gekozen voor dit ziekenhuis kleinschalig, laagdrempelig, iedereen die kent elkaar, we weten wat we aan elkaar hebben. Ik wil niet in een grote fabriek gaan werken.” – Verloskundige

“Werkplezier en de praktische uitvoerbaarheid zijn daarin voor mij persoonlijk ook belangrijk. Het moet ook mogelijk zijn. Ik heb ook gewoon een gezin en kinderen die naar school en gedoe moeten, die moet ik ook kunnen brengen en weer op kunnen halen. En daarin heb je ook achtervang van collega's nodig. Je zou dat in de mate van groepspraktijk hoe wij werken niet alleen kunnen doen, dus je hebt daadwerkelijk ook je collega's nodig. Nou ja, om dit vak elke dag weer ook te doen, is werkplezier wel een belangrijk ding, ja.”
– Verloskundige

“Dat is gewoon een ding wat een beetje zeer doet in je hart. Nee, je weet gewoon dat je dan niet de beste zorg levert, dat vind ik wel een ding. Want het is kwalitatief niet beter, dus het is alleen maar minder tevredenheid en minder praktische uitvoerbaarheid en minder werkplezier. [...] Maar ik denk dat ze echt een beetje overschatten dat iedereen inderdaad wel meekomt en er een beetje achteraan loopt.” – Verloskundige

3.3.4.3 Groter team / minder persoonlijke aandacht

Bijna alle professionals uit Zoetermeer benoemen het verdwijnen van de kleinschaligheid als nadeel. Zij denken dat hoe groter de teams worden, hoe minder goed men elkaar kent en hoe lastiger de communicatie verloopt. Dat vertrouwen tussen professionals onderling, maar ook tussen vrouwen en professionals komt juist doordat de zorg in Zoetermeer als kleinschalig ervaren wordt. Professionals geven meerdere malen aan dat zij weten wat ze aan elkaar hebben en goed op elkaar ingewerkt zijn, juist omdat het een klein team is. Naarmate het team groter wordt en met meer partijen samengewerkt wordt, zal deze samenwerking minder makkelijk worden, omdat men elkaar niet meer kent. Met name in spoedsituaties, als er snel gehandeld moet worden, zijn communicatie en vertrouwen extra belangrijk volgens verloskundigen en gynaecologen.



“Als je een spoedgeval thuis hebt, dat je met één telefoontje ervoor kan zorgen dat alles en iedereen in het ziekenhuis klaarstaat en dat alles geregeld is, inclusief OK-team, kinderarts, gynaecologen, alles gewoon. Dat is wel heel belangrijk dat je dat heb en dat heb je echt zeer zelden nodig, maar als je het nodig heb is het natuurlijk wel superbelangrijk dat het er is.” – Verloskundige

“En doordat we eigenlijk een wat kleiner VSV zijn, denk ik ook wel dat dat soepeler werkt dan dat in andere hele grote VSV's, in meerdere ziekenhuizen bijvoorbeeld komt en met meerdere VSV's te maken gaat hebben, dat dat soort dingen wel versnipperd gaan raken, terwijl nu met een belletje eigenlijk al iets opgezet kan worden voor iemand.” – Verloskundige

De verloskundigen zeggen dat het elkaar goed kennen de drempel verlaagt om collegiaal overleg te hebben tussen de eerste- en de tweede lijn. Verloskundigen sturen bij twijfel makkelijker een zwangere door en bellen eerder met de tweede lijn om op casusniveau te overleggen wat het beste plan van aanpak is voor een specifieke situatie. Zij denken dat dit ten goede komt aan de zwangere, omdat dit laagdrempelige contact mogelijke problemen of onzekerheden op een later moment kan voorkómen. En de korte lijnen zorgen ervoor dat het mogelijk is om snel te handelen.



“Als het hartfilmpje hartstikke prima is, dan is die bevalling nog steeds hetzelfde als een bevalling met helder vruchtwater. En dan doen wij de bevalling en dan kan de verloskundige van het ziekenhuis, die zit dan gewoon in haar kantoortje, op een scherm dat hartfilmpje meekijken. En zolang dat hartfilmpje prima is, laat zij gewoon mij of mijn collega die bevalling afmaken. Ook dat kan omdat je elkaar kent. Omdat zij weet dat ik haar echt wel zou roepen als het nodig is, omdat ik weet dat zij meekijkt op dat scherm en ook naar mij toe zou komen als zij iets gekst ziet.” – Verloskundige

Bovenstaande wordt ook door een aantal geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land genoemd. Doordat ze nu met meerdere ziekenhuizen moeten samenwerken, zijn ze minder goed op elkaar ingespeeld en kennen ze elkaar minder goed. Met name in acute situaties waarbij de communicatie extra belangrijk is, kan dit voor onrust en/of onbegrip zorgen. Dit kan volgens haar leiden tot 'substandard care'.

Daarnaast verwachten de professionals dat er meer verloop is onder het personeel in grotere ziekenhuizen. Zo zijn er vaker arts-assistenten in een team, wat voor een groter verloop zorgt. Dat maakt het samenwerken lastiger.

Wat ook wegvalt bij een sluiting van de verloskamers is de persoonlijke aandacht. De verloskundigen geven aan dat ze vaak nog even langslopen op de kamer als ze weten dat een vrouw bevallen is in het ziekenhuis. Of als tijdens de bevalling blijkt dat het medisch wordt, dan blijft de verloskundige erbij als dit mogelijk is en soms mag ze zelf nog de bevalling afmaken. Deze extra zorg wordt juist door de vrouwen heel erg gewaardeerd en dat komt te vervallen als de reistijd langer is. Dit geven de geïnterviewde vrouwen ook aan, naast andere zaken die ze belangrijk vinden in de zorg tijdens de zwangerschap (zie kader).



Zorg die belangrijk is bij zwangerschap

Aan de (net) bevallen vrouwen is gevraagd wat zij belangrijk vinden qua zorg tijdens de zwangerschap. De vrouwen noemen goede communicatie het vaakst. Daarbij noemen ze dat ze het heel belangrijk vinden dat er goed naar hen geluisterd wordt en dat er aandacht is voor wat ze zelf aangeven. Daarnaast valt onder goede communicatie ook dat de ouders duidelijkheid willen en dat ze worden meegenomen in de verschillende stappen tijdens de bevalling en bijvoorbeeld uitleg krijgen over de gevolgen van een keizersnede of over borstvoeding. Een vrouw benoemt dat ze zich vertrouwd wil voelen, omdat de bevalling een heel kwetsbaar moment is. Tot slot worden ook een goede omgeving, goede overdracht, vervoer naar het ziekenhuis en snel terecht kunnen genoemd. Alle vrouwen geven aan dat ze het heel belangrijk vinden dat hun eigen verloskundige aanwezig is tijdens de bevalling. Dit komt omdat ze een band hebben opgebouwd met de verloskundige, wat ze rust en een vertrouwd gevoel geeft. Als de vrouw al een eerdere bevalling heeft gehad, kent de verloskundige de situatie en kan ze daar op inspelen.



“Je moet je echt heel vertrouwd voelen bij mensen. Je bent eigenlijk in hun handen. Je bent als kraamvrouw, zit je vol in de weeën en je hebt pijn en er gaat iets spannends gebeuren. Zeker als je je eerste bevalling meemaakt, dat je denkt hoe gaat mijn lijf reageren. Je bent zo afhankelijk eigenlijk van dingen die ook worden gezegd om je heen. Je hebt op een gegeven moment ook geen controle meer over je lijf. En als er dan mensen om je heen zijn die jou kunnen helpen en zeggen ook dat het een normaal gevoel is, dat het oké gaat, dat het goed gaat met jou en met de baby, dat is gewoon- Dat vertrouwen moet je gewoon hebben. Dat is zo belangrijk.” – Bevallen vrouw

“Er wordt nog al eens vergeten dat bevallen niet is zoals een gebroken been repareren, het is een life event. Met de huidige tendens van sluiting van verloskamers draait het alleen om kwantiteit en niet meer om kwaliteit binnen de geboortezorg, een kwalijke ontwikkeling.” – Geënquêteerde verloskundige uit ander deel van het land

3.3.5 Aanbevelingen

Aan de verloskundigen is gevraagd of zij aanbevelingen hebben voor het ziekenhuis om sluiting te voorkomen of wanneer de verloskamers toch sluiten. Voor de volledigheid worden alle adviezen opgesomd, ook al lijken ze in enkele gevallen tegenstrijdig of onrealistisch.

Geïnterviewden: houd Zoetermeer open door de volgende aanbevelingen uit te voeren

- Zorg voor mooie verloskamers met bijvoorbeeld een kraamsuite met een bad of een mooi bevalcentrum, zodat het aantrekkelijk wordt om in Zoetermeer te bevallen, ook voor vrouwen uit andere gemeenten. Zo gaat het aantal bevallingen in Zoetermeer omhoog en wordt het weer rendabel voor het ziekenhuis.
- Neem geplande bevallingen over van ziekenhuizen in de regio door betere samenwerking met de regio. Andere ziekenhuizen hebben soms capaciteitsproblemen en Zoetermeer kan hier een rol in spelen.
- Neem in de berekeningen voor wel/niet sluiten ook mee wat de kosten zijn voor de extra achterwacht van verloskundigen, voor de ambulancedienst, et cetera.
- Neem de verloskundige mee in de nieuwbouwplannen. Eén van de verloskundigen geeft aan dat er werd gekeken naar dure verloskamers voor een ton per kamer. Dit is volgens haar niet nodig. Zij zijn hierin niet geraadpleegd.
- Zoek contact met andere ziekenhuizen waar ook geen 24/7 zorg is, maar wel rendabele verloskunde om te bekijken hoe acute verloskunde in Zoetermeer kan blijven.



Geïnterviewden: als de sluiting toch doorgaat

- Zorg dat je altijd met hetzelfde ziekenhuis samenwerkt, één ander ziekenhuis waar je in principe altijd terecht kan. Dit geeft de mogelijkheid om na verloop van tijd een goede samenwerking op te bouwen en een gezamenlijk protocol te maken. Eén verloskundige geeft aan dat de voorkeur hierbij uitgaat naar Gouda, omdat dit volgens haar dichterbij is en qua protocollen meer op Zoetermeer lijkt dan op Den Haag.
- Geef vrouwen uit Zoetermeer voorrang in het HagaZiekenhuis Den Haag. Vrouwen uit Den Haag hebben ook andere uitwijkmogelijkheden, zoals het HMC Westeinde.
- In het VSV Zoetermeer vaak blijven evalueren hoe het gaat en of het lukt om het lopend te houden. Ook het HagaZiekenhuis moet aan de verloskundigen blijven vragen hoe het met ze gaat, vooral omdat zij maar met vier praktijken zijn (in tegenstelling tot Den Haag met 30 verloskundigenpraktijken).
- Ga in gesprek over de samenwerking tussen de gynaecologen. Uit het huidige onderzoek kwamen verschillende geluiden over de gynaecologen: één van de verloskundigen gaf aan dat het beter zou zijn om de maatschappen niet door elkaar te laten lopen (vastigheid en kleinschalig), terwijl een andere verloskundige juist opperde om uitwisseling van gynaecologen tussen Den Haag en Zoetermeer mogelijk te maken (betere samenwerking en kwaliteit).

3.4 Uitkomsten interviews: gevolgen voor gynaecologen

3.4.1 Beschrijving populatie

Beide gynaecologen geven aan dat de groep vrouwen die zij zien vrij divers is. Van hoog- tot laagopgeleid. Eén van de twee gynaecologen benoemt de vele nationaliteiten die Zoetermeer heeft, en dan met name de vrouwen met een taalbarrière en de vrouwen zonder verblijfsstatus. De andere gynaecoloog heeft het idee dat zij meer vrouwen ziet die zich in een kwetsbare situatie bevinden. Ze benoemt daarbij de locatie voor noodopvang in de oude gevangenis en de vrouwen met een taalbarrière die daar wonen. De gynaecoloog is vooral blij met het sociale multidisciplinair overleg, waarbij zij kwetsbare zwangeren kunnen aanmelden voor het Goede Start Gesprek, ook bekend als het Prenatale Huisbezoek vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dat is een meerwaarde in Zoetermeer.

3.4.2 Voordelen van sluiting voor gynaecologen

De twee geïnterviewde gynaecologen geven beiden als voordeel aan dat zij mogelijk minder diensten hoeven te draaien als de verloskamers zouden sluiten. Eén van de gynaecologen denkt dat de operaties mogelijk efficiënter ingedeeld kunnen worden omdat er geen spoedsituaties meer tussendoor komen. Er komt dan meer ruimte voor planbare zorg.

“

“Voordelen zouden zijn dat je hier niet meer de acute situaties hebt waar een spoedsectie gebeuren moet, waardoor je de OK's wat efficiënter kan indelen met electieve zorg, veel meer ingrepen kan inplannen omdat je toch niet wordt onderbroken voor die manuele placenta of die sectie die er tussendoor komt. Dus dat zijn ook wel voordelen.”

– Gynaecoloog

3.4.3 Knelpunten van sluiting volgens gynaecologen

Beide gynaecologen benadrukken dat het voordeel van minder diensten draaien niet opweegt tegen de nadelen. Voor zichzelf zien zij geen nadelen, maar voor de vrouwen en de baby's wel. Dat vinden zij belangrijker dan het persoonlijke belang.



“Zo staan wij er gelukkig met zijn allen niet in. Wij hebben allemaal zo iets van, de Zoetermeerse zwangeren, onze zorgen zijn daar, en onze zorg willen we hier houden voor hen. Wij willen gewoon kwaliteit kunnen en blijven leveren, dat doen wij nu al. Als je dan zegt van, wat is de consequentie voor de gynaecoloog van Den Haag- Of voor ons als hier de verloskunde dicht is? Dat is alleen maar makkelijk, het is alleen maar relaxter [...]. De diensten zijn zwaarder belast, maar je hebt veel minder dienst, dus daar zijn alleen maar voordelen voor ons. Maar gelukkig staan wij daar niet zo voor [...]. Wij doen dit echt voor Zoetermeer.” – Gynaecoloog

Beide gynaecologen benoemen dat de prenatale controles niet meer veilig kunnen plaatsvinden in Zoetermeer als de verloskamers sluiten en dat zij zich daar zorgen over maken. De controles vanaf 24 weken zwangerschap moeten dan overgeheveld worden naar een ander ziekenhuis en dan kan het voorkomen dat de betrokken gynaecoloog de zorg moet overdragen, omdat zij (mogelijk) niet aangesloten is bij dat ziekenhuis. Eén van de gynaecologen geeft aan dat ze twijfelt of ze nog wel praktisch wil voeren als enkel de controles nog in Zoetermeer blijven.

3.4.4 Aanbevelingen

Ook aan de gynaecologen is gevraagd of zij aanbevelingen hebben voor het ziekenhuis om sluiting te voorkomen. En wat volgens hen het ideale scenario zou zijn indien een sluiting toch doorgaat. Voor de volledigheid worden alle adviezen opgesomd, ook al lijken ze in enkele gevallen tegenstrijdig of onrealistisch.

Eén van de gynaecologen gaf aan dat, indien de reden financieel is, er eerder bezuinigd zou moeten worden op zorg aan het einde van het leven, dan op zorg dichtbij huis. De andere gynaecoloog denkt dat als de reden financieel is, je juist moet investeren om iets neer te zetten. Ze geeft aan dat het juist aantrekkelijker moet worden voor mensen van buiten de regio om naar Zoetermeer te komen voor een bevalling. Dit kan door het opzetten van een mooi bevalcentrum. Daarbij geven ze aan dat er goed moet worden nagedacht over de beslissing. Want als de acute verloskunde eenmaal weg is, dan komt dit niet meer terug. De samenwerkingsverbanden die er nu zijn met het VSV, het CJG, de gemeente en andere organisaties binnen het sociale domein zullen dan ook verdwijnen.

3.5 Literatuuronderzoek

In de wetenschappelijke literatuur is gezocht naar eerder onderzoek over de associatie tussen reistijd naar een ziekenhuis met verloskamers en perinatale sterfte en andere zwangerschapsuitkomsten. Er is ook gezocht of er in de regio's (in Nederland) waar de verloskamers zijn gesloten onderzoek is gedaan naar de gevolgen van deze sluiting voor de gezondheid en het welzijn van vrouwen en baby's. Hieronder wordt eerst internationaal onderzoek naar een associatie tussen reistijd/reisafstand en zwangerschapsuitkomsten uitgelicht. Vervolgens worden Nederlandse onderzoeken in drie onderdelen verder toegelicht. Het eerste deel beschrijft de associatie tussen reistijd en zwangerschapsuitkomsten. Vervolgens een onderzoek dat specifiek ingaat op de gevolgen van de sluiting van het Slotervaart Ziekenhuis in Amsterdam voor de gezondheid en het welzijn van vrouwen en baby's. In de laatste paragraaf wordt kort nog één Nederlands onderzoek uitgelicht waarin gekeken is naar de ervaringen van stakeholders uit drie regio's met gesloten verloskamers.

3.5.1 Internationale literatuur: associatie reistijd/reisafstand en perinatale sterfte en zwangerschapsuitkomsten

Een voordeel van het centraliseren van de zorg is de 24/7 beschikbaarheid van medische professionals (bijv. gynaecoloog) en daardoor de mogelijkheid om in acute situaties snel in te grijpen (Moster et al., 2001; Thellessen et al., 2017). In ziekenhuizen met een uitgebreide afdeling verloskunde zijn de perinatale uitkomsten, met name van zeer premature baby's, beter (Aubrey-Bassler et al., 2019; Heller et al., 2002; Moster et al., 2001).

In een systematische literatuurreview worden 31 studies beschreven die de associatie tussen sluiting van de afdeling verloskunde, afstand of reistijd en uitkomsten voor moeder en kind hebben onderzocht (Malouf et al., 2020). Daaruit blijkt dat hoe langer de reistijd is, hoe groter de kans is op geboortes buiten het ziekenhuis



(oftewel ongeplande geboorte vlak voor aankomst in het ziekenhuis). In sommige studies ging dit gepaard met een aanwijzing voor een verhoogd risico voor de baby (verhoogd risico op perinatale of neonatale sterfte). De auteurs van deze review geven echter aan dat het lastig is om een eenduidige conclusie te trekken. Om een goede conclusie te kunnen trekken is uitgebreide kennis van de context nodig. Het gaat dan bijvoorbeeld om de manier waarop verloskundige zorg is georganiseerd, de beschikbaarheid en organisatie van ambulancevervoer en tevredenheid van zwangeren over de zorg. Dit ontbreekt in veel studies, wat het lastig maakt om een conclusie te trekken. Volgens de auteurs is er dringend behoefte aan een evaluatie van de impact van wijzigingen in verloskundige zorg. In veel gevallen worden afdelingen verloskunde gesloten, gebaseerd op de gedachte dat dit de zorg en veiligheid van zowel moeder als kind zal verbeteren. Als toenemende reistijden en afstanden risico's voor moeders en baby's met zich meebrengen, dan kunnen de veronderstelde voordelen van grotere afdelingen verloskunde in twijfel getrokken worden (Malouf et al., 2020). In Philadelphia, niet meegenomen in bovenstaande literatuurreview, was er na sluiting van de afdeling verloskunde op de korte termijn een toename te zien van de perinatale mortaliteit, maar na een aantal jaar herstelde dit weer naar het niveau van voor de sluiting. Een verbetering werd echter niet gevonden (Lorch et al., 2013).

In de hierboven genoemde systematische review is tevens gekeken naar de gevolgen voor de moeders, omdat er zorgen zijn dat er meer ingrepen zullen plaatsvinden wanneer er meer ziekenhuisbevallingen zijn, met name bij vrouwen met een laag risico. Mogelijk is er na sluiting van de afdeling verloskunde een toename in keizersneden, maar de resultaten uit verschillende onderzoeken zijn niet consistent. De enkele onderzoeken die gekeken hebben naar spoedkeizersneden, ernstige perinatale trauma's, opnames op de IC en bloedtransfusies, vonden geen significante verschillen vóór of na een sluiting van de afdeling verloskunde (Malouf et al., 2020).

En tot slot wordt het aantal keuzes van vrouwen ingeperkt, terwijl veel vrouwen keuzevrijheid als waardevol zien (Hinton et al., 2018; Hoang et al., 2014; Grigg et al., 2014). Als vrouwen kunnen kiezen om thuis of in een ziekenhuis te bevallen en als zij in het ziekenhuis de keuze hebben tussen hun eigen verloskundige of het ziekenhuispersoneel, dan hebben zij een positievere ervaring van de bevalling (Gregory et al., 2023).

3.5.2 Nederlandse onderzoeken

De Nederlandse geboortezorg is anders georganiseerd, waardoor bovenstaande resultaten niet één op één vergelijkbaar zijn met Nederland. De toegankelijkheid tot zorg is in Nederland bijvoorbeeld goed in vergelijking met andere landen. Zo woonde in 2020 99% van de Nederlanders op maximaal 30 autominuten afstand van een ziekenhuis. Hierbij wordt uitgegaan van de snelste route met een personenauto (Heida & Otter, 2012; VZinfo, 2023b). Daarnaast is er een verschil in zorg en starten de meeste bevallingen thuis in plaats van in het ziekenhuis. Er zijn een aantal Nederlandse onderzoeken gevonden die relevant zijn voor dit huidige onderhavige onderzoek. Deze worden hieronder verder toegelicht.

3.5.2.1 Associatie reistijd/reisafstand en geboorte-uitkomsten

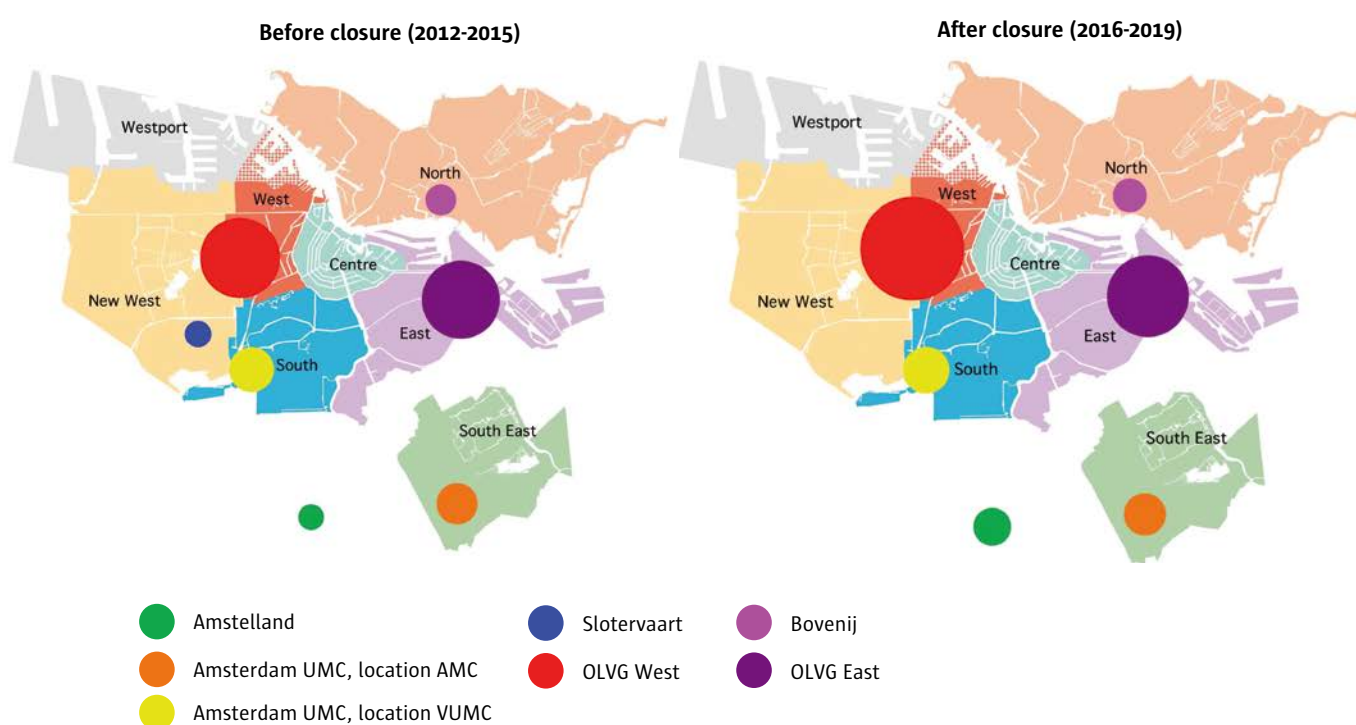
Twee onderzoeken die in Nederland zijn uitgevoerd laten zien dat een reistijd van meer dan 20 minuten⁹ naar het ziekenhuis, een onafhankelijke risicofactor is voor perinatale sterfte (Ravelli et al., 2010; Ravelli et al., 2011). Het onderzoek uit 2010 is gebaseerd op 751.926 ziekenhuisgeboorten (met zwangerschapsduur 37-42 weken) in de periode 2000-2006. Er werd een positieve relatie gevonden tussen een langere reistijd (≥ 20 minuten) en totale sterfte, neonatale sterfte binnen 24 uur en ongunstige uitkomsten (zoals een Apgar-score < 4 na 5 minuten, en/of transfer van de pasgeborene naar een neonatale intensive care unit). Vrouwen met een laag risico aan het begin van de bevalling en die bevielen in een polikliniek onder eerste-lijnszorg hadden de laagste sterftcijfers en in deze groep werd geen effect van reistijd waargenomen. Opvallend was het hoge risico op sterfte van de vrouwen die tijdens de bevalling van risicostatus veranderden. Het onderzoek uit 2011 keek naar provinciale verschillen in perinatale sterfte. Dit onderzoek had betrekking op ruim 1,2 miljoen eenlinggeboorten in Nederland in de periode 2000-2006. De uitkomsten van dit onderzoek lieten zien dat perinatale sterfte verschilde per provincie. Friesland, Groningen, Zeeland en Flevoland hadden de hoogste sterftcijfers. Noord-Brabant en Limburg de laagste. De verschillen waren significant verhoogd voor Friesland en Groningen en te verklaren door een langere reistijd naar het ziekenhuis tijdens de baring. Naast reistijd waren ook het laat beginnen met prenatale zorg (≥ 18 weken zwangerschapsduur) en een lage sociaaleconomische status belangrijke risicofactoren voor perinatale sterfte.

9 Hierbij geldt dat er in de onderzoeken wordt uitgegaan van de reistijd in de ideale situatie, zonder bijvoorbeeld rekening te houden met files. De mogelijke reistijd kan in werkelijkheid langer zijn.

3.5.2.2 Associatie sluiting verloskamers en geboorte-uitkomsten

Na de sluiting van het Slotervaart Ziekenhuis in Amsterdam, een klein ziekenhuis met minder dan 800 bevallingen per jaar, was er een afname zichtbaar van perinatale sterfte (bij eenlinggeboorten na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer). Dit ging gepaard met een afname in het aantal vroeggeboortes. Er was geen afname in perinatale sterfte te zien bij eenlinggeboorten na een zwangerschapsduur van 32 weken of meer (zonder congenitale afwijkingen). Er was echter wel een toename zichtbaar in postpartum bloedingen bij de moeders en een toename van baby's met een Apgar-score onder de 7, maar dit is in lijn met de Nederlandse trend. Een mogelijke verklaring voor de verbetering in zwangerschapsuitkomsten is een toename van het aantal bevallingen in omliggende ziekenhuizen, wat heeft geleid tot een betere kwaliteit van zorg. Centralisatie van zorg kan mogelijk dus de kwaliteit van zorg verbeteren (Wesselius et al., 2023). In dit onderzoek is reistijd echter niet meegenomen als onderzoeksvariabele. In Amsterdam zijn er na de sluiting van het Slotervaart Ziekenhuis nog zes andere ziekenhuizen met een afdeling verloskunde (zie figuur 4).

Figuur 4. Ziekenhuizen in Amsterdam voor en na sluiting van Slotervaart Ziekenhuis (Wesselius et al., 2023)



3.5.2.3 Ervaring stakeholders

In 2020 is in Nederland een kwalitatief onderzoek gedaan onder stakeholders (o.a. patiënten, verloskundigen en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) uit drie verschillende regio's waar verloskamers zijn gesloten. In dit onderzoek is gekeken hoe stakeholders de aanpassingen na de sluiting hebben ervaren. De respondenten gaven aan dat de zorg over het algemeen veilig is gebleven na centralisatie, maar dat zij zich wel onveilig voelden, bijvoorbeeld over de capaciteitsproblemen in ziekenhuizen. Zij vinden dat dit gevoel serieus genomen moet worden, omdat dit kan leiden tot verminderd werkplezier en gevoelens van angst en eenzaamheid. Sommige stakeholders gaven aan dat er een enkele keer bijna een incident was, maar dat er geen calamiteiten zijn geweest. Bovendien gaven zorgverleners (o.a. verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecoloog) aan dat soms aanpassingen werden gemaakt in het kader van kwaliteit, maar dat dit strookte met hun eigen visie over kwaliteit van zorg. Tot slot voelden de respondenten zich niet betrokken in het proces en meenden zij dat betrokkenheid zou kunnen bijdragen aan een positieve houding ten aanzien van de veranderingen (van den Berg et al., 2021; van den Berg et al., 2022).

4.1 Kernpunten

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen die een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer kan hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren door met verloskundigen, gynaecologen én zwangere en bevallen vrouwen in gesprek te gaan en literatuuronderzoek uit te voeren naar de associatie tussen reistijd naar een ziekenhuis en zwangerschapsuitkomsten. Dit rapport beschrijft de uitkomsten van de interviews en de bevindingen uit literatuuronderzoek.

Zowel professionals als vrouwen verwachten dat een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer een negatieve impact zal hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren en hun baby's. De twee belangrijkste redenen die ze daarvoor noemen zijn de langere reistijd naar een ziekenhuis met verloskamers, en het negatieve effect dat een sluiting volgens hen zal hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in Zoetermeer. Beide redenen worden hieronder verder toegelicht. Deze bevindingen worden ondersteund door geënuquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land. Internationale onderzoeken naar associaties tussen een langere reisafstand en/of -tijd en zwangerschapsuitkomsten laten geen eenduidige resultaten zien (Malouf et al., 2020) en zijn niet goed toepasbaar op Nederlandse organisatie van geboortezorg. Het meest recente Nederlandse onderzoek is echter wel eenduidig: een reistijd van meer dan 20 minuten is geassocieerd met een hogere perinatale sterfte (Ravelli et al., 2010; Ravelli et al., 2011).

4.1.1 Grotere reisafstand, langere reistijd

Uit de interviews met zowel vrouwen als professionals komt de grotere reisafstand en de daarmee gepaarde langere reistijd naar voren als belangrijkste knelpunt. Volgens de geïnterviewde professionals is het niet uit te sluiten dat dit negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van zwangeren en baby's. De langere reistijd kan directe gezondheidsrisico's opleveren, maar ook indirect effect hebben op de gezondheid en het welzijn van zwangeren en baby's. Hieronder staat verder uitgelegd wat de mogelijke consequenties zijn van een langere reistijd en hoe die uiteindelijk direct of indirect gezondheidsrisico's kunnen opleveren voor een zwangere en/of haar baby, of van invloed kunnen zijn op het welzijn van een vrouw.

4.1.1.1 Met spoed naar het ziekenhuis bij een thuisbevalling.

Een groot deel van de vrouwen wordt tijdens de bevalling overgedragen naar de tweede lijn. In Zoetermeer ging het in de periode 2018-2021 om 31% van alle ziekenhuisbevallingen in de tweede lijn (Perined, 2023). Het is mogelijk dat een zwangere tijdens een thuisbevalling in een situatie terechtkomt waarbij het noodzakelijk is dat zij met spoed naar het ziekenhuis wordt verplaatst. Denk bijvoorbeeld aan een baby die vastzit in het geboortekanaal of een moeder met veel bloedverlies. Elke minuut telt dan. Het is lastig te zeggen of een langere reisafstand of reistijd geassocieerd is met negatieve uitkomsten bij moeder of kind. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 zijn resultaten van eerder onderzoek niet eenduidig en lastig te interpreteren. In een systematische review over dit onderwerp (Malouf et al., 2020) wordt dit ook aangegeven. In deze review werd gekeken naar het effect van de sluiting van een verloskunde-afdeling op maternale en neonatale uitkomsten en de associatie tussen reisafstand en/of reistijd naar een verloskunde-afdeling en maternale en neonatale uitkomsten. Dit heeft te maken met verschillen in onderzoeksopzet¹⁰, maar ook omdat Nederland een uniek verloskundig zorgsysteem kent, waardoor vergelijkingen met internationaal onderzoek niet goed mogelijk zijn. Het Nederlandse onderzoek (Ravelli et al., 2010; Ravelli et al., 2011) laat zien dat een reistijd van meer dan 20 minuten geassocieerd is met een hogere perinatale sterfte. Een kanttekening bij het literatuuronderzoek is dat de focus in diverse studies lag op 'harde' uitkomstmaten, zoals perinatale sterfte of andere ongunstige uitkomsten, zoals een lage Apgar-score. Er is echter weinig inzicht in en bekendheid over emotionele gevolgen

¹⁰ Bijv. of er wel of niet wordt gecorrigeerd voor maternale kenmerken die van invloed kunnen zijn op negatieve zwangerschapsuitkomsten, of de methode voor het bepalen van reisafstand en reistijd. Bij het bepalen van de reistijd wordt vaak uitgegaan van de ideale reistijd; er wordt vaak geen rekening gehouden met eventuele verkeersdrukte.

die een langere reistijd kan hebben op het welzijn van de zwangere. In dit onderzoek werden onzekerheid en stress vaak benoemd door de zwangeren. Naast de negatieve impact die dit heeft op een vrouw, kunnen stress en angst ook een negatieve invloed hebben op het verloop van de bevalling (Svedberg et al. 2020 & zie kader).

Impact stress op bevalling

Een verlengde reistijd naar de bevallingsplaats kan fysiologische stress veroorzaken bij zwangere vrouwen. De spanning die gepaard gaat met langer onderweg zijn kan leiden tot verhoogde cortisol-niveaus en bloeddruk, wat op hun beurt invloed kan hebben op het verloop van de bevalling. Vrouwen die lange afstanden moeten afleggen, ervaren mogelijk een grotere belasting op hun lichaam, wat kan resulteren in vermoeidheid en verminderde fysieke veerkracht tijdens het bevallingsproces.

In Nederland wordt de zogenoemde 45-minutennorm gehanteerd voor spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen. Deze norm geldt ook voor acute verloskunde. De norm houdt in dat een afdeling acute verloskunde niet mag sluiten als inwoners in geval van spoed de afdeling niet binnen 45 minuten per ambulance kunnen bereiken. Deze norm heeft geen medisch-wetenschappelijke onderbouwing. In 2020 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de 45-minutennorm, onder andere voor acute verloskunde. De commissie is nagegaan of er een wetenschappelijke onderbouwing is voor de relatie tussen de gezondheidsuitkomst en de tijd die nodig is om met een patiënt het ziekenhuis te kunnen bereiken. Voor acute verloskunde geeft de commissie het volgende aan in het advies:



‘Bij verloskunde is in de literatuur geen consistentie in bevindingen naar de relatie tussen afstand/tijd tot het ziekenhuis en gezondheidsuitkomsten onder baby’s en moeders in het geval van een bevalling bij een voldragen zwangerschap (37 tot 41 weken zwangerschap). Studies die wel een relatie laten zien tussen tijd tot het ziekenhuis en gezondheidsuitkomst geven het volgende aan: het risico op een bevalling buiten zorginstelling (en daarmee het risico op een ongunstige uitkomst voor moeder en kind) neemt toe als de reisafstand meer dan 60 minuten van het dichtstbijzijnde geboortecentrum of ziekenhuis is. Daarnaast is een reisafstand tussen huisadres en ziekenhuis van meer dan 20 minuten geassocieerd met hogere perinatale mortaliteit en morbiditeit, vooral voor vrouwen met een hoog-risico zwangerschap bij het begin van de baring. Ook deze bevallingen starten vaak thuis.’

In het advies geven zij daarom voor de acute verloskunde een kritieke tijdsinterval aan van 20 tot 60 minuten tot aankomst op de SEH of tot behandeling (met de kanttekening dat het om inconsistente bevindingen gaat). Dit geldt alleen voor de ambulancerit, het bellen en wachten op de ambulance is niet meegenomen in dit kritieke tijdsinterval (Gezondheidsraad, 2020).

4.1.1.2 Er bestaan zorgen of vrouwen het ziekenhuis wel op tijd halen voor hun bevalling.

Bij vrouwen die in het ziekenhuis willen of moeten bevallen vanwege een medische indicatie, bestaat de zorg of zij het ziekenhuis wel op tijd halen. Het ziekenhuis niet op tijd halen betekent dat zij ongepland thuis of onderweg moeten bevallen. Vooral voor vrouwen met een medische indicatie is het problematisch als zij het ziekenhuis niet halen. Zij moeten immers in het ziekenhuis bevallen vanwege een verhoogd risico voor moeder en/of kind. Dit risico kan door verschillende factoren verhoogd zijn, zoals aanwezige medische aandoeningen (bijv. hoge bloeddruk), complicaties tijdens de zwangerschap (bijv. pre-eclampsie), problemen met de ligging van de baby (bijv. stuitligging), of een eerdere keizersnede. In het ziekenhuis zijn er gespecialiseerde medische professionals en apparatuur aanwezig, die bij complicaties nodig zijn. Dit kan levensreddend zijn voor moeder en baby. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 blijkt dat hoe langer de reistijd is, hoe groter de kans is op geboortes buiten het ziekenhuis (oftewel ongeplande geboortes vlak voor aankomst in het ziekenhuis) (Malouf et al. 2020). Dit gaat mogelijk gepaard met een hoger risico op perinatale of neonatale sterfte, maar de resultaten uit de verschillende onderzoeken zijn daar niet eenduidig over. Er is bovendien veel additionele literatuur beschikbaar over mogelijke andere implicaties van ongeplande geboortes voor



aankomst in het ziekenhuis (in de wetenschappelijke literatuur ook wel ‘born before arrival’ genoemd), bijvoorbeeld op ambulancezorg en de impact die dit kan hebben op zorgverleners (Strozik et al. 2022). Het paste echter niet binnen de scope en het tijdsplan van dit onderzoek om hier dieper op in te gaan.

4.1.1.3 Verloskundigen verwachten dat zij vrouwen uit voorzorg eerder naar het ziekenhuis zullen sturen; dit kan meerdere gezondheidsrisico’s opleveren volgens hen.

Verloskundigen geven aan mogelijk vrouwen uit voorzorg eerder naar het ziekenhuis te zullen sturen (bij een bevalling). Dit heeft een aantal directe en indirecte gevolgen. Volgens verloskundigen worden er in het ziekenhuis vaker medische interventies toegepast (zoals pijnstilling) en dit is niet zonder risico’s voor zwangere en baby. Doordat vrouwen langer een bed bezet houden (doordat ze eerder naar het ziekenhuis worden gestuurd en/of er medisch wordt ingegrepen), heeft dit ook invloed op zwangeren uit de rest van de regio, omdat die op hun beurt mogelijk verder moeten reizen voor hun bevalling. Dit wordt herkend door geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land: ze noemen zowel het eerder doorverwijzen als het moeten zoeken naar een plek voor de bevalling.

4.1.1.4 Keuzevrijheid van zwangeren voor de plek van de bevalling wordt mogelijk beperkt.

Door de langere reistijd maken sommige professionals zich zorgen of veilig thuis bevallen nog wel kan. Door verloskundigen is bijvoorbeeld aangegeven dat zij sommige vrouwen mogelijk eerder zullen adviseren om in het ziekenhuis te bevallen om risico’s voor te zijn, wat ze niet zouden doen met een ziekenhuis in de buurt. Ook sommige vrouwen geven aan hun keuze te heroverwegen vanwege de langere reistijd naar het ziekenhuis. Mocht de mogelijkheid om thuis te bevallen inderdaad wegvallen om veiligheidsredenen, dan heeft dit invloed op de keuzevrijheid van zwangeren wat betreft de plek van bevalling. Ook hangt het er maar net van af in welk ziekenhuis er plaats is en is de kans groot dat vrouwen ook niet in het ziekenhuis van hun keuze kunnen bevallen. Ook geënquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land geven aan in sommige gevallen veel tijd kwijt te zijn aan het zoeken naar een plek op de verloskamers en dat vrouwen niet in het ziekenhuis van hun keuze kunnen bevallen; één van de verloskundigen geeft aan dat dit een negatieve impact heeft op het welzijn van een zwangere.

4.1.1.5 Er bestaan zorgen over zorgmijding als controles in tweede lijn ook wegvallen in Zoetermeer.

De reisafstand kan niet alleen problemen opleveren tijdens de bevalling, maar ook tijdens en na de zwangerschap. Het is nog onduidelijk of controles in de tweede lijn blijven plaatsvinden in Zoetermeer als de acute verloskunde verdwijnt. Volgens professionals komt een deel van de vrouwen lopend of met de fiets naar het ziekenhuis. Onder hen leeft de zorg dat vooral zwangeren in kwetsbare omstandigheden zorg zullen mijden als de reisafstand groter wordt, omdat zij bijvoorbeeld niet de middelen hebben om in het ziekenhuis te komen. Ook gezondheidsvaardigheden spelen hierbij een rol. Professionals vragen zich af of zwangeren de weg kunnen vinden in een voor hen onbekende omgeving. Het mogelijke zorgmijden vergroot volgens professionals de kans op gezondheidsrisico’s en medisch ingrijpen later. Dit kan de kans ongelijkheid alleen maar meer vergroten. In de factsheet met cijfers voor indicatoren voor de geboortezorg in Zoetermeer is een hoofdstuk opgenomen met cijfers die inzicht geven in kwetsbaarheid in Zoetermeer voor, na en tijdens de zwangerschap (GGD Haaglanden, 2024).

4.1.2 Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

Hieronder wordt ingegaan op de gevolgen die een sluiting van de verloskamers kan hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in Zoetermeer. Bij sommige gevolgen lijkt de link met gezondheid en welzijn voor zwangeren en hun baby’s indirecter. Maar factoren die te maken hebben met kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zijn belangrijke factoren in de zorg voor zwangeren en daarmee ook voor de gezondheid en welzijn van zwangeren en hun baby’s.

4.1.2.1 Verloskundigen moeten samenwerken met meerdere VSV’s

Er is momenteel een goed functionerend VSV in Zoetermeer, dat gezamenlijk protocollen heeft opgesteld voor verloskundige zorg. De protocollen stellen de vrouw centraal en zijn met name gericht op het zo lang mogelijk in de eerstelijnszorg blijven. Sluiten van de verloskamers in Zoetermeer betekent dat verloskundigen uit Zoetermeer moeten gaan samenwerken met meerdere ziekenhuizen en met meerdere VSV’s. Elk VSV heeft eigen protocollen die kunnen verschillen. Eén van de geïnterviewde verloskundigen noemde bijvoorbeeld dat het

protocol bij langdurig gebroken vliezen erg verschilt tussen de ziekenhuizen. Dit leidt tot grotere onduidelijkheid voor verloskundigen en zwangeren, omdat van tevoren niet bekend is in welk ziekenhuis de bevalling zal plaatsvinden. Dat hangt af van waar er plek is. Dit wordt bevestigd door geënuquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land, die zien dat de verschillende protocollen voor verwarring kunnen zorgen.

4.1.2.2 Samenwerkingsverbanden worden groter

Op dit moment is er een klein team van verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen en kraamzorgmedewerkers met korte lijnen met daardoor volgens de professionals een effectieve en efficiënte samenwerking. Bij het sluiten van de verloskamers in Zoetermeer zal dit team uiteenvallen. Grotere samenwerkingsverbanden maken de lijnen langer en maken het lastiger wederzijds vertrouwen te behouden volgens de gesproken professionals. Geënuquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land beamen dit en geven aan dat het elkaar kennen en communicatie erg belangrijk zijn, vooral in acute situaties.

4.1.2.3 Er zijn zorgen dat een sluiting een negatief effect heeft op het vangnet voor zwangeren in kwetsbare omstandigheden

Er is in Zoetermeer volgens de professionals momenteel een goede verbinding tussen het medisch en sociaal domein. Hier is de afgelopen jaren hard aan gewerkt. Een dergelijk vangnet bestaat (nog) niet over de gemeentegrenzen heen. Juist voor zwangeren in kwetsbare omstandigheden is het belangrijk dat er een goedwerkend vangnet is. De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor het belang van deze verbinding in het actieprogramma Kansrijke Start (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024). Eén van de actielijnen daarin zet in op het beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders om ervoor te zorgen dat meer kwetsbare ouders eerder de juiste hulp krijgen.

4.1.2.4 Verloskundigen krijgen te maken met meer taken die ten koste gaan van directe zorg verlenen

Verloskundigen krijgen meer taken die ten koste gaan van directe zorg verlenen. Alle tijd die ze kwijt zijn aan deze extra taken kunnen ze niet besteden aan zorg voor vrouwen. Ook de extra reistijd zorgt ervoor dat er minder tijd beschikbaar is voor zorg aan vrouwen. Een sluiting van de verloskamers zal daarmee leiden tot een hogere werkdruk voor verloskundigen. Daarnaast verhoogt een mogelijke sluiting de stress en vermindert het werkplezier onder professionals die toch al deel uitmaken van een beroepsgroep die onder druk staat door krapte op de arbeidsmarkt. Verloskundigen geven daarnaast aan dat dit ten koste zal gaan van de (extra) persoonlijke aandacht die zij kunnen besteden. Dit wordt door de vrouwen erg gewaardeerd en is vooral belangrijk voor de zwangeren in kwetsbare omstandigheden. De extra werkdruk en minder werkplezier worden ook benoemd door de geënuquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land.

4.1.2.5 Professionals vrezen dat ook andere specialismen uit Zoetermeer zullen verdwijnen

De angst onder professionals is dat de sluiting van de acute geboortezorg gevolgen heeft voor nog meer andere specialismen. Zo uitten verschillende professionals hun zorgen over de afdeling kindergeneeskunde. Volgens hen komt een aanzienlijk deel van de patiënten instroom op deze afdeling namelijk vanuit de geboortezorg. Het sluiten van de verloskamers in Zoetermeer kan dus ook tot gevolg hebben dat de afdeling kindergeneeskunde verdwijnt. Dit kan effect hebben op zwangeren en hun baby's, maar ook op andere groepen inwoners in Zoetermeer. In Hoogeveen is de afdeling kindergeneeskunde gesloten na sluiting van de verloskamers en in Nieuwegein de afdeling neonatologie¹¹.

¹¹ Volgens de geënuquêteerde verloskundigen uit andere delen van het land.



4.2 Sterke punten en beperkingen onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er zowel vrouwen als professionals zijn gesproken. Bij de laatste interviews kwam er geen nieuwe informatie meer naar boven en was er duidelijk saturatie bereikt. Een minder sterk punt is dat er ondanks alle inspanningen, een beperkt aantal vrouwen in kwetsbare omstandigheden is geïnterviewd. Desondanks is er een diverse groep vrouwen gesproken en is informatie over de groep vrouwen in kwetsbare omstandigheden grotendeels via de professionals verkregen. De inschatting van de onderzoekers is dat dit een goed beeld schetst en dat professionals beter in staat zijn om een inschatting te geven van de mogelijke gevolgen op gezondheid dan zwangeren zelf. Vooral voor zwangeren voor wie het de eerste bevalling is en nog niet goed weten wat hen te wachten staat.

De knelpunten en gevolgen die in dit onderzoek worden genoemd zijn verwachtingen en aannames. Het gaat immers om een hypothetische situatie. Veel van de verwachtingen worden echter onderschreven door ervaringen van de verloskundigen uit de andere regio's voor wie sluiting van de verloskamers al een feit is. Toekomstig onderzoek zou een volledig beeld kunnen schetsen door zich te richten op gynaecologen en vrouwen uit de betreffende regio's en op evaluatie van zwangerschapsuitkomsten van voor en na de sluiting.

Dit onderzoek geeft vooral de visie van vrouwen en professionals in Zoetermeer weer en zou hiermee een eenzijdig beeld kunnen schetsen. Dit onderzoek is echter onderdeel van een drietal onderzoeken (zoals beschreven in de methode-sectie) die tezamen een volledig beeld schetsen.

De mogelijke gevolgen voor gezondheid en welzijn betreffen verschillende aspecten en facetten van geboortezorg, van ongeplande bevallingen buiten het ziekenhuis tot onderling vertrouwen tussen zorgverleners. Over al deze verschillende aspecten is (veel) wetenschappelijke literatuur beschikbaar die de onderzoekers graag naast de verwachtingen van de geïnterviewden hadden willen leggen. Het paste echter niet in de scope en het tijdsplan van dit onderzoek om uitgebreid literatuuronderzoek te doen naar al deze onderwerpen. Dit onderzoek gaat daarom voornamelijk in op meningen, ervaringen en verwachtingen van zowel vrouwen als professionals. Een deel van de aannames wordt ondersteund door de geënquêteerde verloskundigen uit de rest van het land en literatuuronderzoek naar de associatie tussen reistijd/reisafstand en zwangerschapsuitkomsten.

4.3 Tot slot

De bevalling, een intiem en cruciaal moment in het leven van een vrouw, wordt niet alleen beïnvloed door medische factoren maar ook door de omstandigheden waaronder deze plaatsvindt. Uit dit rapport komt naar voren dat bij sluiting van de verloskamers in Zoetermeer niet alleen medische en economische, maar ook sociale en psychologische aspecten een rol spelen. Volgens de geïnterviewden zal een mogelijke sluiting van de verloskamers in Zoetermeer een negatieve impact hebben op gezondheid en welzijn van zwangeren en baby's. Dit vanwege de langere reistijd naar een verloskamer en het negatieve effect dat een sluiting volgens hen zal hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Zoals eerder beschreven is er in Nederland veel aandacht voor een inzet op een kansrijke start voor ieder kind, waarbij perinatale gezondheid en de zorg voor (aanstaande) zwangeren in kwetsbare omstandigheden een belangrijke rol spelen. Een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer kan vooral invloed hebben op vrouwen in kwetsbare omstandigheden en sluit daarmee niet aan bij de doelstellingen van het actieprogramma Kansrijke Start.

Om beslissingen in acute geboortezorg in Nederland verder te onderbouwen is het aan te bevelen om literatuuronderzoek te doen naar de verwachtingen van de gevolgen van een sluiting van de verloskamers die uit dit onderzoek komen, en om meer onderzoek te doen in de regio's waar verloskamers zijn gesloten. Mocht besloten worden tot sluiting van de verloskamers in Zoetermeer, dan is het noodzakelijk om de situatie in Zoetermeer te monitoren en in gesprek te blijven met verloskundigen, gynaecologen en vrouwen.

Altena, D., Oostenbroek, L., & Versluis, C. (2023). *Impactanalyse i.v.m. potentieel risico acute sluiting geboortezorg HagaZiekenhuis – locatie Zoetermeer*.

ABF Research (2023). Primos Bevolkings- en huishoudensprognose: prognose aantal geboorten Zoetermeer, Den Haag, Leiden, Leiderdorp, Gouda, Delft en Rotterdam [ongepubliceerde data].

ANWB (2023, 30 december). Nieuws: 17 procent meer files op de Nederlandse wegen in 2023 | ANWB. Geraadpleegd op 24 januari 2024 van <https://www.anwb.nl/verkeer/nieuws/nederland/2023/december/filezwaarte-2023>.

Aubrey-Bassler, F. K., Cullen, R., Simms, A., Asghari, S., Crane, J., Wang, P., & Godwin, M. (2019). Population-based cohort study of hospital delivery volume, geographic accessibility, and obstetric outcomes. *Int J Gynaec Obstet*, 146(1), 95–102. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12832>

Boogaard, J. (2023, 12 mei). Zorg centreren? Dan verdwijnen geboortezorg en spoedeisende hulp uit deze ziekenhuizen. *NRC*. <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/05/12/zorg-centreren-dan-verdwijnen-geboortezorg-en-spoedeisende-hulp-uit-deze-ziekenhuizen-a4164435>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2023, 15 december). Prognose: bijna 18 miljoen inwoners, 19 miljoen in 2037 verwacht. Geraadpleegd op 20 december 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/50/prognose-bijna-18-miljoen-inwoners-19-miljoen-in-2037-verwacht>

College Perinatale Zorg (2024, 8 januari). Dossier Kansrijke Start. Geraadpleegd op 8 januari 2024 van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/dossiers/kansrijke-start/#over-kansrijke-start>

De Verloskundige, KNOV (z.d.). *Verloskundige zorg*. Geraadpleegd op 12 december 2023, van <https://deverloskundige.nl/over-de-verloskundige/tekstpagina/59/verloskundige-zorg/>

Gemeente Zoetermeer (2024). Bevolkingsprognose aantal inwoners Zoetermeer [ongepubliceerde data].

Gezondheidsraad. 45-minutennorm in de spoedzorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2020; publicatienr. 2020/17

GGD Haaglanden (2024). Factsheet indicatoren geboortezorg Zoetermeer. <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=190>

Gregory, S., Caffrey, L., & Daly, D. (2023). “It could not have been more different.” Comparing experiences of hospital-based birth and homebirth in Ireland: A mixed-methods survey. *Women Birth*, 36(4), e445–e452. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.003>

Grigg, C., Tracy, S. K., Daellenbach, R., Kensington, M., & Schmied, V. (2014). An exploration of influences on women’s birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the Evaluating Maternity Units study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-210>

Haga Juliana Geboortecentrum (z.d.[a]). *Inleiden van de bevalling*. Geraadpleegd op 12 december 2023, van <https://folders.hagaziekenhuis.nl/1459/>.

Haga Juliana Geboortecentrum (z.d.[b]). *Pijnbestrijding bij bevalling*. Geraadpleegd op 12 december 2023, van <https://folders.hagaziekenhuis.nl/1559>.



HagaZiekenhuis (2023). HagaZiekenhuis onderzoekt toekomst geboortezorg in Zoetermeer. Geraadpleegd op 20 september 2023 van <https://www.hagaziekenhuis.nl/nieuws-agenda/hagaziekenhuis-onderzoekt-toekomst-geboortezorg-in-zoetermeer/>

Heida, J. P., & Otter, B. J. (2012). NVZ brancherapport ziekenhuizen vergelijking Europa. <https://www.sirm.nl/publicaties/nvz-brancherapporten>

Heller, G., Richardson, D. K., Schnell, R., Misselwitz, B., Künzel, W., & Schmidt, S. (2002). Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *Int J Epidemiol*, 31(5), 1061–1068. <https://doi.org/10.1093/ije/31.5.1061>

Hinton, L., Dumelow, C., Rowe, R., & Hollowell, J. (2018). Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>

Hoang, H., Le, Q., & Ogden, K. (2014). Women's maternity care needs and related service models in rural areas: A comprehensive systematic review of qualitative evidence. *Women Birth*, 27(4), 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.005>

Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Oliveira Da Silva, M., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K. W. M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J., & Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 17(6), 630–636. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm014>

Karamali, N. S. (2005). Zet de stijging van het aantal tienermoeders in Den Haag door? *Epidemiologisch Bulletin*, 40 (1), 9-15. <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2023/01/Epidemiologisch-Bulletin-2005-nr-1.pdf>

Kleiverda, G., Frohn, M., Paarlberg, K. M., Lambregtse-van den Berg M. P. (2012). Zorg voor kwetsbare zwangere bedreigd. *Medisch contact*, 67(17), 1044-1045. https://www.researchgate.net/publication/233729107_Zorg_voor_kwetsbare_zwangeren_bedeigd

Lorch, S. A., Srinivas, S. K., Ahlberg, C., & Small, D. S. (2012). The impact of obstetric unit closures on maternal and infant pregnancy outcomes. *Health Services Research*, 48(2pt1), 455–475. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01455.x>

Loudon, I. (1992). *Death in childbirth*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198229971.001.0001>

Mackenbach, J. P. (2022). Opkomst en neergang van ziekten in Nederland. *TSG Tijdschr Gezondheidswet*, 100(Suppl 3), 111-118. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00362-x>

Malouf, R., Tomlinson, C. L., Henderson, J., Opondo, C., Brocklehurst, P., Alderdice, F., Phalguni, A., & Dretzke, J. (2020). Impact of obstetric unit closures, travel time and distance to obstetric services on maternal and neonatal outcomes in high-income countries: a systematic review. *BMJ Open*, 10(12), e036852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036852>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024, 8 januari). *Actieprogramma Kansrijke Start*. <https://www.kansrijkestartnl.nl/actieprogramma-kansrijke-start>

Moster, D., Lie, R. T., Markestad, T. (2001). Neonatal mortality rates in communities with small maternity units compared with those having larger maternity units. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(9), 904-909. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00207.x>

Nederlands Jeugdinstituut (2014). Tienerouders, over hulp aan jonge moeders en vaders. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Tienerouders-over-hulp-aan-jonge-moeders-en-vaders.pdf>



Omroep West (2023, 17 april). Geboren op A13: dit is Bente!. Omroep West. Geraadpleegd op 10 januari 2024 van <https://www.omroepwest.nl/nieuws/4708071/geboren-op-a13-dit-is-bente>

PBL/CBS (2022). Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2022-2050 [dataset]. Geraadpleegd op 20 november 2023 van <https://themasites.pbl.nl/o/regionale-bevolkingsprognose/>

Perined (2023). Locatie bevallingen en moment overdracht in gemeente Zoetermeer 2018-2021 [ongepubliceerde data].

Ravelli, A. C. J., Rijninks-van Driel, G. C., Erwich, J. J. H. M., Mol, B. W. J., Brouwers, H. A. A., Abu, H. A., Eskes, M. (2011). Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneeskund*, 155(9), 380-386. <https://www.nvtg.nl/artikelen/provinciale-verschillen-perinatale-sterfte-en-reistijd-tot-ziekenhuis#literatuur>

Ravelli, A. C. J., Jager, K. J., de Groot, M., Erwich, J. J. H. M., Rijninks-van Driel, G. C., Tromp, M., Eskes, M., Abu, H. A., & Mol, B. W. J. (2010). Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(4), 457-465. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x>

Reinier Haga Groep (2022). Hoofdpijnen akkoord ontvlechting Reinier Haga Groep met daarbij behorende businesscase.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015). *Evaluatie van de oprichting van geboortezorg-organisaties en de invoering van integrale bekostiging van geboortezorg*. <https://www.rivm.nl/documenten/evaluatie-van-oprichting-van-geboortezorgorganisaties-en-invoering-van-integrale>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022). *Systematische studie naar verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg*. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2022-0033>

Svedberg, E., Strömbäck, U., & Engström, Å. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International emergency nursing*, 51, 100868. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100868>

Staat van Volksgezondheid en Zorg (2024, 3 januari). *Kerncijfers bevallingen*. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/bevallingen>

Strozik, M., Smereka, J., Pomorski, M. (2022). Birth before arrival - is there anything to be afraid of? *Ginekol Pol*, 93(9): 761-764. <https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0049>

Thellesen, L., Sorensen, J. L., Hedegaard, M., Rosthoej, S., Coloy, N. P., Andersen, K. S., & Bergholt, T. (2017). Cardiotocography interpretation skills and the association with size of maternity unit, years of obstetric work experience and healthcare professionals background: a national cross-sectional study. *Acta Obstet Gynaecol Scand*, 96 (9), 1075-1083. <https://doi.org/10.1111/aogs.13171>

Wesselius, S. M., Hammiche, F., Ravelli, A. C. J., Pajkrt, E., Kamphuis, E. I., & De Groot, C. J. M. (2023). Decrease in perinatal mortality after closure of obstetric services in a community hospital in Amsterdam, the Netherlands. A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynec Reprod Biol*, 284, 189-199. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.03.034>

Wolleswinkel-van den Bosch, J. H., Vredevoogd, C. B., Borkent-Polet, M., Van Eyck, J., Fetter, W. P. F., Lagro-Janssen, T., Rosink, I. H., Treffers, P., Wierenga, H., Amelink, M., Richardus, J. H., Verloove-Vanhorck, P., & Mackenbach, J. P. (2002). Substandard factors in perinatal care in The Netherlands: *Acta Obstet Gynaecol Scand*, 81(1), 17-24. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810104.x>

Van Den Berg, L. M. M., Gordon, B. B. M., Kleefstra, S. M., Martijn, L., Van Dillen, J., De Jonge, A., & Verhoeven, C. J. (2022). Concentratie van acute verloskunde: Ervaringen in drie regio's. *De Verloskundige*, 2022(3), 20-23.



Van Den Berg, L. M. M., Gordon, B. B. M., Kleefstra, S. M., Martijn, L., Van Dillen, J., Verhoeven, C. J., & De Jonge, A. (2021). Centralisation of acute obstetric care in the Netherlands: a qualitative study to explore the experiences of stakeholders with adaptations in organisation of care. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07269-4>

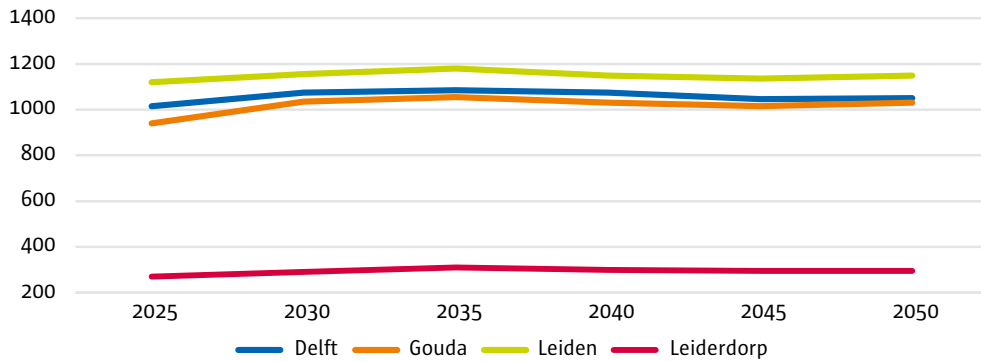
VZinfo. (2023a, 21 november). *Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis 2023*. <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuiszorg/regionaal/bereikbaarheid>

VZinfo. (2023b, 26 oktober). *Verloskundige samenwerkingsverbanden 2019*. <https://www.vzinfo.nl/zorg-rond-de-geboorte/regionaal>

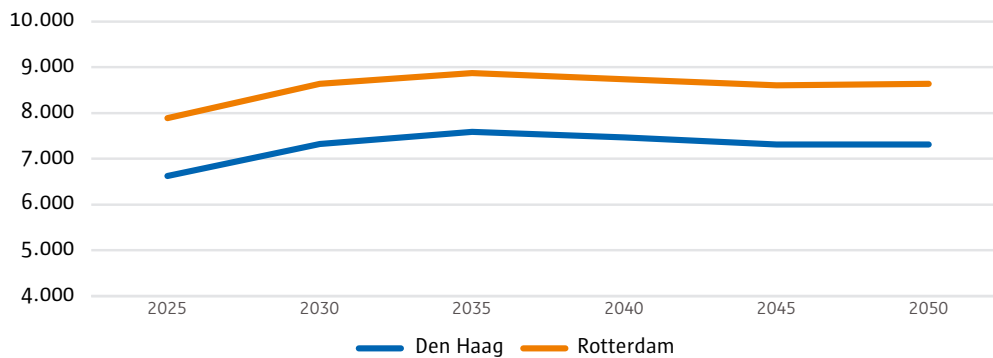
VZinfo. (2024, 26 januari). *Perinatale sterfte naar herkomst 2014-2016*. <https://www.vzinfo.nl/sterfte-rond-de-geboorte/herkomstland>

Van Zuijlen, R. (2023, 15 april). Verloskundigen 'voelden al dat het met geboortezorg verkeerde kant opging sinds overname'. AD. <https://www.ad.nl/zoetermeer/verloskundigen-voelden-al-dat-het-met-geboortezorg-verkeerde-kant-opging-sinds-overname~a5b652c6/>

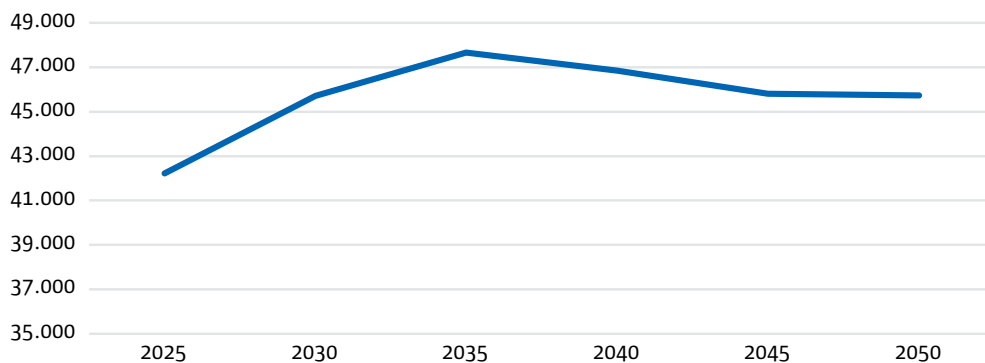
Figuur 1.1 Prognose aantal geboorten¹² volgens Primos Bevolkings- en huishoudensprognose, Delft, Gouda, Leiden en Leiderdorp 2025-2050.



Figuur 1.2 Prognose aantal geboorten volgens Primos Bevolkings- en huishoudensprognose, Den Haag & Rotterdam 2025-2050.



Figuur 1.3 Prognose aantal geboorten volgens Primos Bevolkings- en huishoudensprognose, Zuid-Holland 2025-2050.



¹² Bron: ABF Research, 2023



Herkomst inwoners Zoetermeer

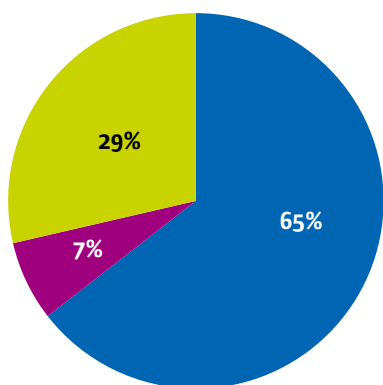
65% van de inwoners uit Zoetermeer heeft Nederland als herkomstland. Dit is iets lager dan landelijk, waarbij dit 73% is. Zeven procent heeft een Europees herkomstland, wat niet veel verschilt van landelijk (9%).

Ongeveer een op de drie inwoners uit Zoetermeer heeft een herkomstland buiten Europa. Dit is hoger dan landelijk waarbij dit ongeveer een op de vijf is.

Buiten Europa is verder onder te verdelen in de 'klassieke' herkomstlanden. Deze staan weergegeven in de tabellen. Het percentage afkomstig uit Suriname, Nederlandse Antillen en overig Buiten Europa is groter dan landelijk.

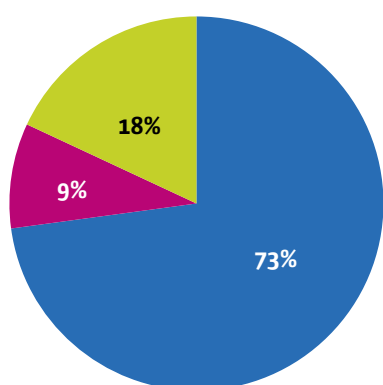
Figuur 2.1 Verdeling herkomst inwoners. Zoetermeer & Nederland, 2023.

Migratieachtergrond, 2023



Zoetermeer

Buiten Europa	Percentage van totale bevolking	Aantal
Turkije	1,4%	1.800
Marokko	2,1%	2.690
Suriname	7,1%	9.067
Nederlandse Antillen	2,5%	3.217
Indonesië	4,1%	5.238
Overig Buiten Europa	11,3%	14.337
Totaal	29%	36.349



Nederland

Buiten Europa	Percentage van totale bevolking	Aantal
Turkije	2,5%	444.329
Marokko	2,4%	425.034
Suriname	2,0%	363.142
Nederlandse Antillen	1,1%	190.180
Indonesië	2,0%	360.281
Overig Buiten Europa	8,0%	1.432.717
Totaal	18%	3.215.683

■ Nederland ■ Europa ■ Buiten Europa

Herkomst vrouwen in vruchtbare leeftijd

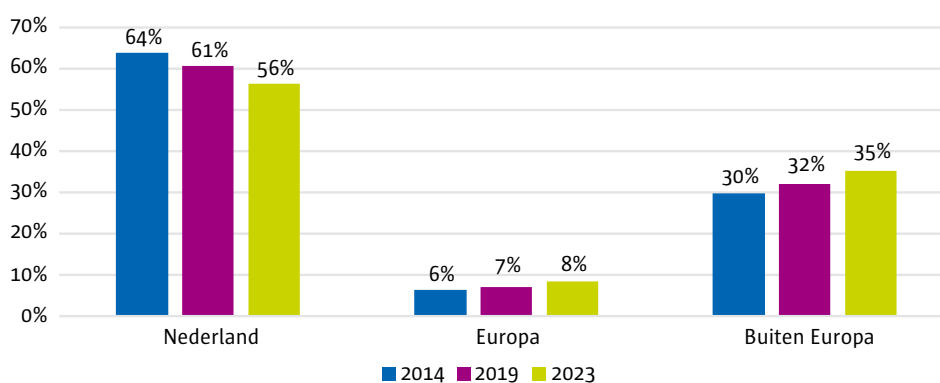
In figuur 2.2. is te zien dat het aantal vruchtbare vrouwen met als herkomstland Nederland afneemt sinds 2014. Het aantal vrouwen met een herkomstland buiten Europa neemt juist toe.

De categorie buiten Europa is verder uit te splitsen naar de 'klassieke' herkomstlanden (zie figuur 2.3). Het grootste deel komt uit 'Overig buiten Europa' (n=4034). Een kwart heeft als herkomstland Suriname (n=2415). Hierna volgen Marokko (n=875), Nederlandse Antillen (n=814) en Indonesië (n=770). Zes procent heeft als herkomstland Turkije (n=576).

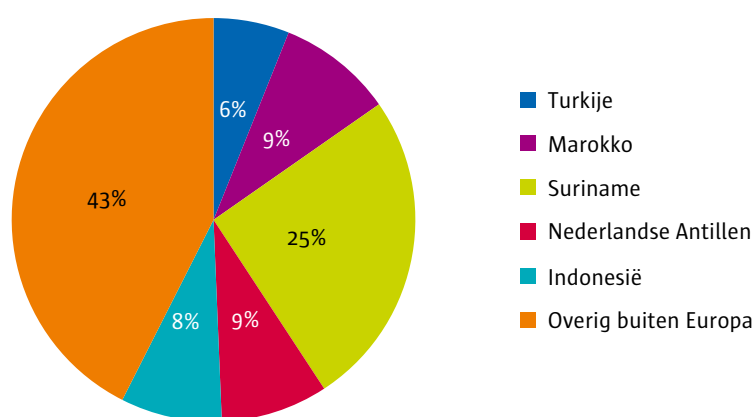
Perinatale sterfte komt relatief vaker voor onder baby's met een niet-westerse migratieachtergrond.

De sterfte is het hoogst bij kinderen met ouders uit de Nederlandse Antillen, gevolgd door kinderen van overige niet-westerse afkomst en Suriname¹³. Ook moedersterfte komt vaker voor onder vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond. Dit geldt vooral voor vrouwen van Surinaamse of Antilliaanse afkomst. Vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond hebben vaker reeds bestaande gezondheidsproblemen en/of obesitas of zijn zwanger in hun tienerjaren. Ook een aantal niet-medische risicofactoren spelen een rol. Vrouwen met een migratieachtergrond kennen bijv. het Nederlands gezondheidszorgsysteem minder goed en er is vaak een taalbarrière¹⁴.

Figuur 2.2 Verdeling herkomst vruchtbare vrouwen. Zoetermeer & Nederland, 2014, 2019, 2023.



Figuur 2.3 Verdeling herkomst vruchtbare vrouwen: uitsplitsing categorie Buiten Europa naar klassieke herkomstlanden. Zoetermeer & Nederland, 2023.



13 Sterfte rond de geboorte | Herkomstland | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)

14 Aandoeningen verband houdend met zwangerschap, bevalling en kraambed | Herkomstland | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)

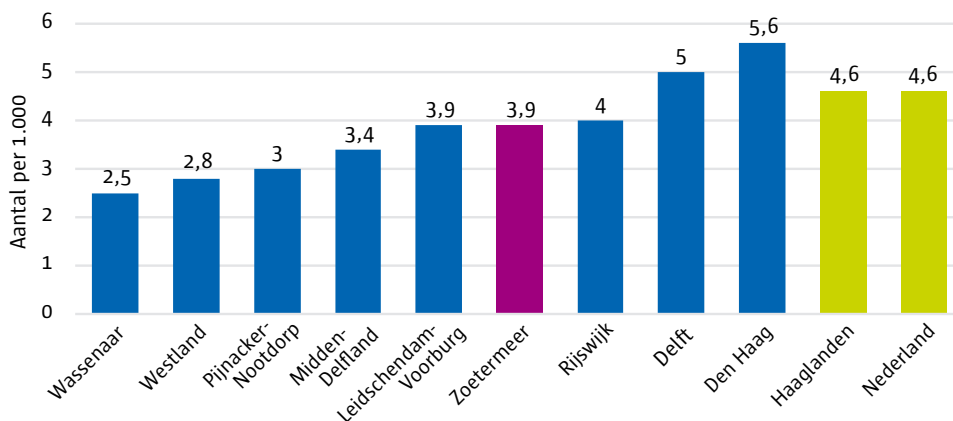
Bijlage 3 Perinatale sterfte in Zoetermeer

Perinatale sterfte

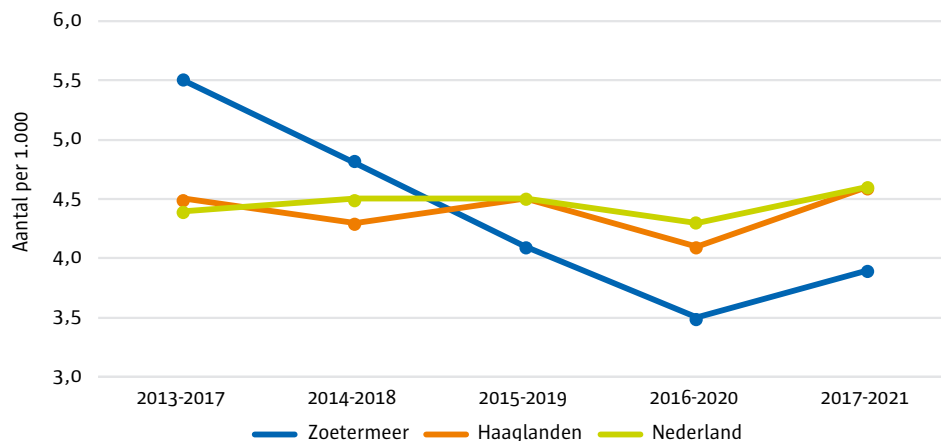
Perinatale sterfte is hier gedefinieerd als sterfte van de foetus voor de geboorte bij een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken en de sterfte binnen 7 dagen na de geboorte en zwangerschapsduur van tenminste 24 weken¹⁵.

In de eerste figuur staan de gemiddeldes weergegeven voor Zoetermeer, de andere gemeenten in regio Haaglanden, regio Haaglanden en Nederland voor de periode 2017-2021. Het cijfer voor Zoetermeer zit ongeveer in het midden en is gunstiger dan de andere grote gemeenten in de regio, zoals Delft en Den Haag. Ook ligt het gemiddelde iets lager dan in de regio en dan landelijk. In de tweede figuur is te zien dat perinatale sterfte de afgelopen jaren is gedaald in Zoetermeer, in tegenstelling tot het gemiddelde van regio Haaglanden en Nederland wat redelijk stabiel is gebleven in de afgelopen jaren. Er worden vijfjaarsgemiddelden getoond.

Figuur 3.1 Perinatale sterfte (vanaf 24 weken zwangerschapsduur), regio Haaglanden & Nederland 2017-2021*
* Gemiddelde over de periode 2017-2021



Figuur 3.2 Trend perinatale sterfte (vanaf 24 weken zwangerschapsduur), Zoetermeer & Nederland 2017-2021



15 Bron: Kansrijke Start | Regiobeeld



Topiclijst zwangere vrouwen

Vragen met een * zijn ook bij de verkorte interviews gesteld

Even voorstellen

- Leeftijd*
- Welke wijk woonachtig*
- Opleidingsniveau/werk*

Openingsvraag

- Wat is het dichtstbijzijnde ziekenhuis?
- Afstand/ reistijd tot dichtstbijzijnde ziekenhuis

Zwangerschap

- Hoeveel zwangerschappen heb je gehad?
- Hoe verloopt zwangerschap?
- Onder controle bij verloskundige of gynaecoloog? Indien bij gynaecoloog, waarom?

Bevalling

- Wat zijn je verwachtingen van de bevalling?
- Thuis of in het ziekenhuis bevallen en waarom die keuze gemaakt?
 - Indien ziekenhuis, welk ziekenhuis?
 - Wat is reistijd naar dit ziekenhuis?
 - Ben je al bekend met dit ziekenhuis (en de omgeving)?

Verdwijnen verloskunde Zoetermeer

Stel er zouden geen verloskamers in Zoetermeer beschikbaar zijn:*

- Wat zijn je eerste gedachten hierbij?
- Hoe zou je dat ervaren?
- Je vertelde eerder dat je eerste keuze een bevalling (thuis/ziekenhuis) zou zijn. Zou je eerste keuze veranderen als je niet in Zoetermeer terecht zou kunnen?
- Welke belemmeringen/knelpunten/nadelen zie je?
 - Zou dit gevolgen hebben voor je eigen gezondheid?
 - En voor de gezondheid van je baby?
- Welke voordelen/ positieve punten zie je?

Zorg bij de bevalling

- Wat vind je belangrijk qua zorg tijdens de zwangerschap?
- Hoe belangrijk vind je het dat je eigen verloskundige bij je bevalling kan zijn? Heel belangrijk of helemaal niet belangrijk?
- Hoe belangrijk vind je dat je het ziekenhuis en de omgeving kent waar je gaat bevallen?
- In welke mate ben je bereid om verder te reizen naar een ziekenhuis als de resultaten of faciliteiten daar beter zijn? (Bijv. NICU / baby's met een moeilijke start)*
 - Hoeveel langer wil je reizen voor betere zorg?
 - Wat zijn de redenen om langer te willen reizen?

Overig

- Heb je nog overige opmerkingen of aanvullingen?*



Topiclijst bevallen vrouwen

Even voorstellen

- Wat is je leeftijd?
- In welke wijk woon je?
- Wat is je laatste behaalde diploma/wat voor werk doe je?

Openingsvraag

- Wat is het dichtstbijzijnde ziekenhuis?
- Kun je een inschatting geven van de reistijd die je moet afleggen tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis?

Zwangerschap

- Hoeveel zwangerschappen heb je gehad?
- Is/zijn deze zwangerschap(en) goed verlopen?
- Was je tijdens de zwangerschap onder controle bij verloskundige (in het ziekenhuis?) of gynaecoloog? Indien bij gynaecoloog, waarom?

Bevalling

Je bent in het ziekenhuis bevallen:

- Was dit: Van te voren bedacht, om medische redenen, of ben je tijdens de bevalling naar ziekenhuis vervoerd?
- Indien ziekenhuis, welk ziekenhuis? Wat is reistijd naar dit ziekenhuis?
- En waarom keuze voor dit ziekenhuis gemaakt? Of is die keuze voor je gemaakt?
- Indien gepland, had je van tevoren ideeën over reis?
- Hoe heb je de reis naar het ziekenhuis ervaren?
- Was je al bekend met dit ziekenhuis (en de omgeving)? Zo nee, wat deed dit met je?

Verdwijnen verloskunde Zoetermeer

Stel er zouden geen verloskamers in Zoetermeer beschikbaar zijn:

- Wat zijn je eerste gedachten hierbij?
- Hoe zou je dat ervaren hebben?
- Je vertelde eerder dat je eerste keuze een bevalling (thuis/ziekenhuis) was. Zou je eerste keuze er anders uitzien als je niet in Zoetermeer terecht zou kunnen?
- Welke belemmeringen/knelpunten/nadelen zie je?
 - Zouden er gevolgen zijn voor je eigen gezondheid?
 - En voor de gezondheid van je baby?
- Welke voordelen/ positieve punten zie je?

Zorg bij de bevalling

- Wat vind je belangrijk qua zorg tijdens de zwangerschap?
- Hoe belangrijk vind je het dat je eigen verloskundige bij je bevalling kan zijn? Heel belangrijk of helemaal niet belangrijk?
- Hoe belangrijk vind je dat je het ziekenhuis en de omgeving kent waar je gaat bevallen?
- In welke mate ben je bereid om verder te reizen naar een ziekenhuis als de resultaten of zorg daar beter zijn? (Bijv. NICU / baby's met een moeilijke start)
 - Wat is de maximale reistijd die je acceptabel vindt voor je bevalling?
 - Ben je bereid langer te reizen als dit betekent dat jij en jouw baby betere zorg krijgen?
 - Wat zijn andere de redenen om langer te willen reizen?

Overig

- Heb je nog overige opmerkingen of aanvullingen?



Topiclijst verloskundigen

Algemeen

- Hoeveel jaar werkzaam als verloskundige
- Aantal verloskundigen werkzaam in praktijk, aantal FTE
- Werkgebied (welke wijken, alleen Zoetermeer of ook andere gemeenten?)

Zorgverlening

- Wat is voor jou belangrijk om je werk goed uit te kunnen voeren?
- Heb je ervaring met het begeleiden van bevallingen in andere ziekenhuizen? Zo ja, hoe waren die ervaringen?

Sluiting acute verloskunde Zoetermeer

- Eerste gedachten hierover
- Zie je voordelen/positieve punten van een mogelijke sluiting?
 - Voor verloskundige
 - Voor zwangere en baby?
 - Voor kraamzorg?
- Welke knelpunten verwacht je voor verloskundigen? Welke nadelen zie je?
- Welke knelpunten verwacht je voor zwangeren?
 - Welke risico's zie je voor gezondheid en welzijn zwangere en baby?
 - Zijn er groepen zwangeren waarvoor je grotere risico's verwacht?
 - Zo ja, voor welke groepen zwangeren verwacht je de grootste risico's? Bijv. lage SES, uit bepaalde wijken of omliggende gemeenten?
 - Waarom voor die groepen?
- Welke knelpunten zie je voor kraamzorg?

Eventuele alternatieve wijzigingen

- Wat is jullie ideale scenario?
- Als er toch iets moet veranderen, wat zou jij het Haga dan adviseren?

Overig

- Heb je nog overige opmerkingen en/of aanvullingen?



Topiclijst klinisch verloskundige

Algemeen

- Hoeveel jaar werkzaam als verloskundige, hoeveel jaar in HagaZoetermeer?
- Aantal verloskundigen werkzaam in ziekenhuis, aantal FTE
- Wat houdt je werk in? (alleen bevallingen, of ook controles)
- Wat voor soort mensen zie je?

Zorgverlening

- Wat is voor jou belangrijk om je werk goed uit te kunnen voeren?
- In welke situaties neem jij het over van de verloskundige?
- Hoe gaat de samenwerking tussen de klinisch verloskundige en de verloskundige?

Sluiting acute verloskunde Zoetermeer

- Eerste gedachten hierover
- Zie je voordelen/positieve punten van een mogelijke sluiting?
 - Voor (klinisch) verloskundige
 - Voor zwangere en baby?
 - Voor kraamzorg?
- Welke knelpunten verwacht je voor (klinisch) verloskundigen? Welke nadelen zie je?
- Welke knelpunten verwacht je voor zwangeren?
 - Welke risico's zie je voor gezondheid en welzijn zwangere en baby?
 - Zijn er groepen zwangeren waarvoor je grotere risico's verwacht?
 - Zo ja, voor welke groepen zwangeren verwacht je de grootste risico's? Bijv. lage SES, uit bepaalde wijken of omliggende gemeenten?
 - Waarom voor die groepen?
- Welke knelpunten zie je voor kraamzorg?

Eventuele alternatieve wijzigingen

- Wat is jullie ideale scenario?
- Als er toch iets moet veranderen, wat zou jij het Haga dan adviseren?

Overig

- Heb je nog overige opmerkingen en/of aanvullingen?

Topiclijst gynaecologen

Algemeen

- Hoeveel jaar werkzaam
- Hoeveel gynaecologen werkzaam in Zoetermeer? Hoeveel zijn verloskundig actief?

Zorg

- Kenmerken vrouwen (opleidingsniveau / SES / migratieachtergrond)

Sluiting acute verloskunde Zoetermeer

- Eerste gedachten hierover
- Zie je voordelen/positieve punten van een mogelijke sluiting?
 - Voor gynaecoloog?
 - Voor zwangere en baby?
- Welke knelpunten verwacht je voor gynaecologen? Welke nadelen zie je?
- Welke knelpunten verwacht je voor zwangeren?
 - Welke risico's zie je voor gezondheid en welzijn zwangere en baby?
 - Indien niet aan bod komt: invloed van langere reistijd naar het ziekenhuis voor de bevalling op gezondheid en welzijn moeder, en baby's
 - Zijn er groepen zwangeren waarvoor je grotere risico's verwacht?
 - Zo ja, voor welke groepen zwangeren verwacht je de grootste risico's? Bijv. lage SES, uit bepaalde wijken of omliggende gemeenten?
 - Waarom voor die groepen?
- Weet je iets over andere ziekenhuizen die hun verloskamers sloten? Zo ja, wat? (Heb je bijv. ervaringen gehoord van verloskundigen of gynaecologen uit andere gemeenten waar verloskamers zijn gesloten?)

Eventuele alternatieve wijzigingen

- Wat is belangrijk om je werk goed uit te kunnen voeren?
- Wat is jullie ideale scenario?
- Als er toch iets moet veranderen, wat zou jij het bestuur van het ziekenhuis dan adviseren?

Overig

- Heb je nog overige opmerkingen of aanvullingen?



Algemeen

- Wanneer zijn de verloskamers in jullie gemeente gesloten?
- Wat is momenteel jullie gemiddelde reistijd naar een ziekenhuis met verloskamers?
- In hoeveel verschillende ziekenhuizen begeleiden jullie bevallingen?

Voor moeder en kind

- Welke (positieve en negatieve) gevolgen heeft de sluiting gehad op de gezondheid en het welzijn van zwangeren, net bevallen vrouwen en hun baby's?
- Ervaren zwangeren en net bevallen vrouwen (nog) knelpunten door de sluiting van de verloskamers? Zo ja, welke?

Voor verloskundigen

- Welke (positieve en negatieve) gevolgen heeft de sluiting van de verloskamers gehad voor jullie als verloskundigen?
- Ervaren jullie (nog) knelpunten door de sluiting van de verloskamers? Zo ja, welke?

Lage SES

De SES-WOA-score is gebaseerd op gegevens over Welvaart, Opleidingsniveau en Arbeidsmarkt-deelname. Als een gemeente of wijk een hoge score heeft, betekent dit dat de inwoners welvarender en/of hoger opgeleid en/of langduriger aan het werk zijn dan in anderen gemeenten of wijken. Hoe hoger de score, hoe gunstiger de SES in een wijk. De SES-WOA-score voor Nederland is 0,024.

In de tabel hieronder staat het aantal geboorten en de SES-WOA-score per wijk weergegeven. De wijken staan op volgorde van het aantal geboorten (van hoogst naar laagst); tussen haakjes staat om welk percentage van het totaal aantal geboorten dit gaat. De drie wijken met de hoogste SES-WOA-score zijn Buitengebied, Rokkeveen en Oosterheem (groen). De drie wijken met de laagste score zijn Meerzicht, Centrum en Buytenwegh de Leyens (rood). Bijna 40% van de geboorten is afkomstig uit een van deze wijken.

In de onderste twee tabellen staan de cijfers uitgesplitst naar buurt voor Buytenwegh de Leyens en Centrum, waarbij het verschil tussen de buurten goed zichtbaar is. Vooral de buurt Buytenwegh heeft een lage SES-WOA-score. In Centrum heeft Palenstein de laagste score.

Tabel 5.1 SES-WOA-score en aantal geboorten naar wijk, Zoetermeer 2022.

Wijk	Aantal geboorten, 2022	SES-WOA-score
Centrum	241 (20%)	-0,079
Buytenwegh de Leyens	195 (16%)	0,007
Oosterheem	191 (16%)	0,236
Seghwaert	177 (15%)	0,06
Rokkeveen	176 (15%)	0,241
Meerzicht	150 (12%)	-0,162
Noordhove	65 (5%)	0,192
Industriegebied	11 (1%)	0,208
Buitengebied	3 (0,2%)	0,565
Zoetermeer	1209 (100%)	0,061

Buytenwegh De Leyens	Aantal geboorten	SES-WOA-score
Buytenwegh	125	-0,713
De Leyens	70	0,211

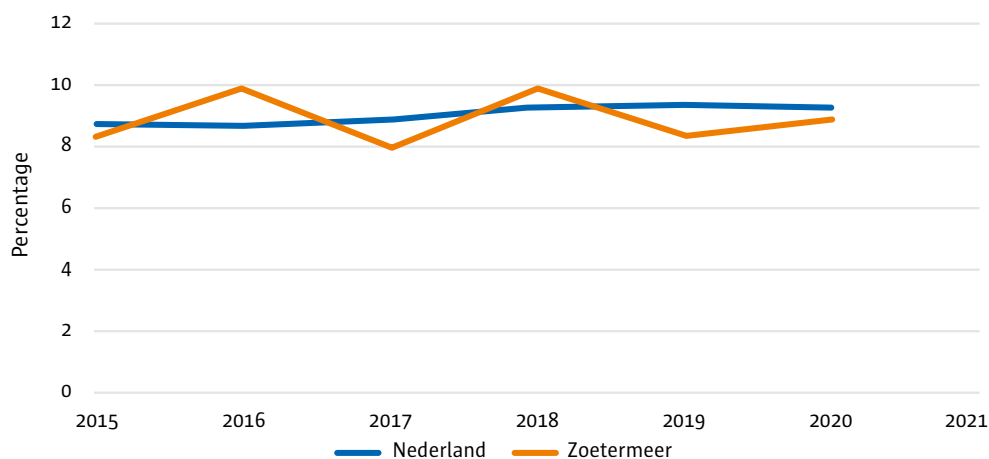
Centrum	Aantal geboorten	SES-WOA-score
Dorp	64	0,12
Stadscentrum	45	-0,118
Palenstein	72	-0,346
Driemanspolder	60	0,002



Zwangere vrouwen met psychische problematiek

In onderstaande figuur wordt het aantal vrouwen weergegeven met zorguitgaven binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en/of medicatie gerelateerd aan psychische of psychiatrische problemen in het jaar van de bevalling t.o.v. het totaal aantal vrouwen met een bevalling. Het percentage zwangeren met psychische problematiek schommelt sinds 2015 tussen 8-10% in Zoetermeer. Dit wijkt nauwelijks af van het landelijk gemiddelde.

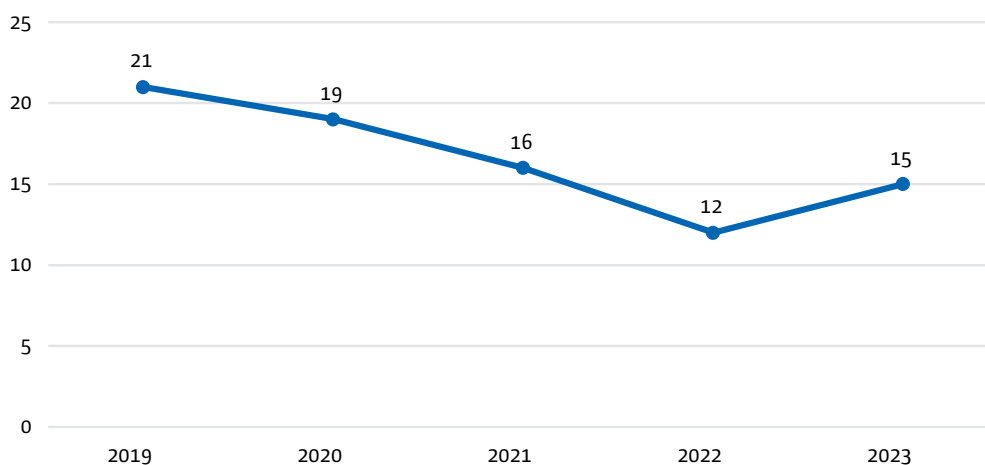
Figuur 5.2 Zwangere vrouwen met psychische problematiek, Zoetermeer en Nederland.



Tienermoeders

In figuur 5.3 staat het aantal tienermoeders (<19 jaar) in Zoetermeer in de periode 2019-2023 weergegeven. In de afgelopen jaren is het absolute aantal tienermoeders iets gedaald in Zoetermeer. Dit is in lijn met de landelijke trend.

Figuur 5.3 Absolute aantal tienermoeders, Zoetermeer en Nederland 2019-2023.



Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

GGD Haaglanden

Afdeling Epidemiologie

Postbus 16130

2500 BC Den Haag

Tel: 070 – 3537266

Email: gezondheidsgids@ggdhaaglanden.nl

Auteurs

Nasra Karamali

Viola de Ridder

Willemieke Ligtenberg

Den Haag, januari 2024