

Rapport Klinische Verloskunde Meppel.  
Prof.dr. Geert H. Blijham  
19 juli 2012.

## 1. Inleiding.

Er zijn gevorderde plannen om de mogelijkheid tot klinisch bevallen in het ziekenhuis te Meppel te beëindigen. Het ziekenhuis in Zwolle zal deze functie overnemen. Deze plannen hebben tot bezorgde reacties geleid bij betrokken zorgverleners in de obstetrische keten in de regio Meppel, bij de bevolking, in de media en bij de politiek. Na overleg is besloten de ingangsdatum van 1 juli uit te stellen in afwachting van de resultaten van nader overleg over onderliggende redenen en feiten. Inmiddels heeft tweemaal nader overleg tussen direct betrokkenen (verloskundigen, gynaecologen, raden van bestuur, zorgverzekeraar, ambulancedienst) onder leiding van een onafhankelijk voorzitter plaatsgevonden, waarbij ook het door de verloskundigen zogenoemde satellietmodel is ingebracht. Vervolgens is een derde keer vergaderd waarbij ook andere betrokkenen uit de verloskundige keten, uit het ziekenhuis en uit de eerstelijns aanwezig waren. Wegens onvrede over de inmiddels door de Raad van Bestuur van Meppel in de pers afgelegde verklaringen kozen de verloskundigen ervoor dit derde, bredere overleg niet bij te wonen.

Van deze drie overleggen is dit rapport het resultaat. De inhoud ervan komt voor rekening van de voorzitter. Hij heeft kunnen vaststellen dat alle betrokkenen goed naar elkaar hebben geluisterd en zich gezamenlijk over het beschikbare feitenmateriaal hebben gebogen. De feiten en getallen, die in dit proces naar boven zijn gekomen en in dit rapport zijn vevat, zijn het resultaat van deze grondige en constructieve discussie. De op basis van deze feiten en getallen geformuleerde conclusies zijn naar mijn oordeel de belangrijkste bouwstenen voor de besluiten waarvoor de beide Raden van Bestuur zich zien gesteld.

## 2. Waarom wil het ziekenhuis in Meppel dit besluit nemen en welke gevolgen heeft het voor de rest van het ziekenhuis?

Het ziekenhuis in Meppel heeft een verzorgingsgebied van ongeveer 100.000 mensen. Dat is relatief weinig. Alle ziekenhuizen in Nederland met een dergelijk verzorgingsgebied staan voor de vraag: wat kunnen we nog zelf blijven doen? De redenen voor deze vraag zijn tweeledig: kwaliteit en doelmatigheid. Kwaliteit omdat er een relatie bestaat tussen hoe vaak je iets doet en hoe goed je iets doet. Daarom zullen bepaalde verrichtingen door bijvoorbeeld de Inspectie niet meer worden toegestaan. Doelmatigheid omdat er een relatie bestaat tussen hoe vaak je iets doet en hoe duur het is. Daarom zullen verzekeraars bepaalde verrichtingen wegens een te hoge prijs niet meer contracteren. Dat is de werkelijkheid anno 2012.

Het is goed dat het ziekenhuis in Meppel zich over deze situatie heeft beraden. Want deze werkelijkheid betekent geenszins noodzakelijkerwijs het einde van een ziekenhuis als in Meppel. Voor veel mensen vervult het een belangrijke functie en dat kan het blijven doen. De discussie is dus gaande: wat is over 5 tot 10 jaar ons "profiel" in de

ziekenhuiszorg, wat moeten we daarvoor doen en met wie gaan we om dat te bereiken, samenwerken. Het ziekenhuis in Meppel is daarover volop in gesprek. Een paar dingen zijn in onze besprekingen nadrukkelijk naar voren gebracht: Meppel blijft een volwaardig ziekenhuis (met bedden, operatiekamers, spoedzorg, poliklinieken) en om dat te realiseren wordt met het ziekenhuis in Zwolle in de toekomst nauw en permanent samengewerkt.

Er zijn nu ongeveer 700 klinische bevallingen per jaar in Meppel. Om deze voorziening dag en nacht zeven dagen in de week (7/24) aan te bieden, moet een heel team van o.a. gynaecologen, verpleegkundigen, klinische verloskundigen, anesthesiologen, OK-personeel en meer in de lucht worden gehouden. Bij 700 klinische bevallingen per jaar wordt dit team, dat dus voortdurend beschikbaar is, onderbenut. Het ziekenhuis in Meppel heeft uitgerekend dat het team ongeveer 1200 bevallingen per jaar aankan. Er is dus bij het handhaven van de klinische bevallingen in Meppel sprake van belangrijke ondoelmatigheid.

In het satellietmodel is gesuggereerd dit aan te pakken door de bevallingen van vrouwen uit noordwest Overijssel, die nu in Zwolle plaatsvinden, naar Meppel te verplaatsen. Wij hebben uitgerekend, dat het daarbij om ongeveer 150 bevallingen gaat. Het probleem van de ondoelmatigheid wordt daarmee dus niet opgelost.

Wij hebben ons gebogen over de vraag of het stoppen van de klinische bevallingen in Meppel grote gevolgen heeft voor andere operatieve disciplines en ingrepen in dit ziekenhuis. Anders gezegd, als er geen keizersnede meer kan plaatsvinden, loopt dan ook het doen van een flink aantal andere ingrepen gevaar. Daarbij moet worden bedacht dat overdag een operatieprogramma blijft bestaan, onafhankelijk van het al of niet sluiten van de klinische verloskunde.

In de uren tussen 23.00 en 07.00 werden in het eerste halfjaar van 2012 18 operaties verricht. Zes daarvan waren keizersnede. De overige 12 waren operaties voor lichtere trauma's, onder andere tijdens de ijsperiode en wegens acute chirurgische indicaties, zoals een ontsteking van de blinde darm of een bloeding. Aannemende dat het effect van de ijsperiode zich vooral in het eerste halfjaar voordoet, blijven bij sluiting van de klinische verloskunde ongeveer 1 à 2 operaties per maand voor andere indicaties over. Dat is weinig, wellicht te weinig om alle voorzieningen die nodig zijn om deze ingrepen te verrichten continu beschikbaar te houden. Het ziekenhuis in Meppel moet zich buigen over dit vraagstuk, dat tevens een directe relatie heeft met de aard en organisatie van de spoedzorg. Voor dit rapport stel ik vast dat de vraag rond nachtelijk opereren zich voordoet los van het besluit over de klinische verloskunde. Immers, de toevoeging van 1 sectio per maand maakt het vraagstuk van de doelmatigheid van 's nachts opereren niet minder dwingend.

Het sluiten van de klinische verloskunde heeft belangrijke gevolgen voor de kindergeneeskundige zorg. Welke die gevolgen zijn, hebben we berekend met behulp van de getallen van 2011. Daarbij hebben we ons gericht op de gevolgen voor de opgenomen kinderen; het is immers de bedoeling dat de polikliniek en de dagbehandeling voor kinderen in Meppel aanwezig blijven.

Bij vertrek van de klinische verloskunde wordt, zo laten de getallen van 2011 zien, de klinische kindergeneeskunde ongeveer één derde kleiner in opnames (692 in plaats van 1126) en ligdagen (3467 in plaats van 4792). In 2011 heeft de afdeling 692 kinderen van ouder dan 1 jaar opgenomen en met 3467 ligdagen bijna 10 bedden met deze kinderen bezet. Daarnaast werden in 2011 op de afdeling 397 kinderen voor "snijdende" afdelingen opgenomen, de meesten voor de chirurgie (246), de KNO-Heelkunde (65) en de urologie (34). Deze opnames waren verantwoordelijk voor nog eens 1046 ligdagen. In het ziekenhuis zouden dus na vertrek van de klinische verloskunde tussen 12 en 13 kinderen liggen, voor wie gespecialiseerde verpleegkundige en medische zorg aanwezig of beschikbaar moet zijn, overdag zowel als in de avond en de nacht. Het lijkt mij de moeite waard te bezien hoe deze capaciteit op doelmatige en kwalitatief verantwoorde wijze voor het ziekenhuis kan worden behouden.

Conclusies:

- a. 700 klinische bevallingen in Meppel is ondoelmatig en de toevoeging van bevallingen uit noordwest Overijssel, indien al doenlijk, biedt onvoldoende soelaas. Daarmee wordt de klinische verloskunde in Meppel op termijn moeilijk financierbaar.
- b. verplaatsing van de klinische verloskunde naar Zwolle heeft geen nadelige gevolgen voor het profiel van het ziekenhuis in Meppel, zoals zich dat thans lijkt te ontwikkelen. De discussie over nachtelijk opereren, hoe belangrijk ook, wordt niet of nauwelijks beïnvloed door de besluitvorming over de klinische verloskunde.
- c. bijzondere aandacht is nodig voor de kindergeneeskunde die ongeveer één derde van de klinische capaciteit verloren ziet gaan.

2. Wat zijn de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg voor de patiënten die thuis willen bevallen?

Op dit moment zijn er geen zorgen over de kwaliteit van klinisch verloskundige zorg in Meppel. Het is niet uitgesloten dat kwaliteitswinst bij verplaatsing naar Zwolle wordt bereikt omdat (1) daar meer dan 3000 klinische bevallingen plaatsvinden waardoor deskundigheid beter kan worden onderhouden, (2) daar ook de zogenaamde tertiaire verloskundige zorg kan worden gegeven en (3) daar bovendien een unit voor acute perinatale zorg gevestigd is. Harde gegevens hierover hebben we niet kunnen vinden en daarom is deze overweging verder buiten beschouwing gelaten.

De meeste patiënten bij wie de bevalling klinisch verloopt, hebben deze mogelijkheid tevoren gekozen. Bij de eerste tekenen van bevalling reizen zij zelf naar het gekozen ziekenhuis. In het verzorgingsgebied van het ziekenhuis van Meppel is dit uiteraard veelal het ziekenhuis aldaar maar er kan afhankelijk van de woonplaats en andere argumenten ook voor een ander ziekenhuis gekozen zijn, bijvoorbeeld Zwolle, Heerenveen of Hoogeveen. Het is niet goed doenlijk om het effect van het wegvallen van de keuze "Meppel" op de reistijden van deze groep patiënten te voorspellen maar dit is ook niet van groot belang.

Om dat te illustreren gebruik ik de resultaten van het onderzoek van Ravelli et al, dat in the British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG 2011,118,457-465) werd

gepubliceerd. Zij hebben 751.926 Nederlandse bevallingen in de periode van 2000 tot 2006 onderzocht en vonden dat de babysterfte toeneemt met de reisafstand met 20 minuten als belangrijk omslagpunt. Echter, de verschillen zijn erg klein. Als voor de helft van de 700 patiënten die nu in Meppel bevallen de reistijd van korter dan 20 minuten naar langer dan 20 minuten gaat, neemt de babysterfte met 1 per 10 jaar toe. Natuurlijk is dat 1 te veel maar het valt te verwachten dat dit zeer lage getal gemakkelijk wegvalt tegen de kwaliteitswinst die eerder is genoemd.

We hebben in hetzelfde artikel nog speciaal gekeken naar de subgroep van patiënten, die ervoor heeft gekozen thuis te bevallen maar bij wie door complicaties de bevalling in het ziekenhuis moet worden voortgezet. Daar zou de reistijd extra van belang kunnen zijn. In de genoemde studie van Ravelli et al. komen 142.824 patiënten voor bij wie de bevalling thuis was begonnen en in het ziekenhuis moest worden voortgezet. De "oversterfte" bij een reistijd van langer dan 20 minuten was niet anders dan in de groep patiënten als geheel en bovendien niet statistisch significant.

Natuurlijk is niet uit te sluiten dat er toch een negatief effect is bij heel lange reistijden. In dergelijke situaties zal vaak om vervoer per ambulance worden gevraagd. Daarom is ook naar het effect van het sluiten van de klinische verloskunde in Meppel op de aanrijdtijden van ambulances gekeken.

Het RIVM heeft in opdracht van zorgverzekeraar Achmea onderzoek gedaan naar de rittijden van ambulances in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis in Meppel. Rittijd is hier gedefinieerd als de totale tijd tussen melding bij de post en aankomst bij een afdeling klinische verloskunde in een ziekenhuis. In de huidige situatie overschrijdt de rittijd bij 3160 inwoners de 45 minuten. Na sluiting van de klinische verloskunde in Meppel zou dit aantal toenemen tot 10.935. Het RIVM heeft een aantal scenario's doorgerekend waarbij de standplaatsen van de ambulances in het grensgebied IJsselland/Emmeloord worden aangepast. Daarbij neemt het aantal inwoners bij wie de rittijd langer dan 45 minuten is, af naar 1935 tot 2000. Dit is een verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

Tenslotte hebben we nog gekeken naar de situatie waarin een zwangere patiënte onverwachts met grote spoed naar een ziekenhuis moet worden gebracht. Dit komt maar zeer beperkt voor. In 2011 werd 7 maal een zwangere met urgentiecode A1 naar Meppel gebracht, in de eerste helft van 2012 was dit 2 keer. Onduidelijk is bij hoeveel daarvan een rit naar Zwolle tot een verlengde reistijd zou hebben gevoerd. Gezien de eerdere getallen over de reistijden en het zeer kleine aantal patiënten dat het betreft, zal een negatief gezondheidseffect niet aantoonbaar blijken. Zorgvuldige monitoring van deze groep is wel nodig.

Conclusies:

- a. effect van meer of minder dan 20 minuten reistijd op de babysterfte is uiterst beperkt; dit geldt ook voor de groep patiënten bij wie de bevalling thuis begint en in het ziekenhuis wordt voortgezet.
- b. met enkele aanpassingen in standplaats en werkwijze van de ambulancezorg neemt het aantal inwoners met een totale rittijd van de ambulances boven de 45 minuten af.

c. hoogurgente, onverwachte verplaatsingen naar het ziekenhuis komen relatief weinig voor. Een negatief gezondheidseffect zal uiterst klein zijn maar deze groep dient wel zorgvuldig te worden gevolgd.

d. de effecten van sluiting van de klinische verloskunde in Meppel op het ambulancevervoer moeten in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars worden meegenomen.

### 3. Wat zijn de gevolgen voor de verloskundigen?

Verplaatsing van de klinische verloskunde van Zwolle naar Meppel heeft gevolgen voor de verloskundige praktijkvoering. Kort gezegd: verloskundigen zijn langer en verder van huis. Zij reizen met de patiënte mee naar het ziekenhuis en reizen dan weer terug. Een klein effect op de reistijden, zoals de patiënte dat ondervindt, werkt bij de verloskundigen dubbel door.

In Meppel vinden nu ongeveer 150 poliklinische bevallingen per jaar door de verloskundigen plaats. Het is aannemelijk dat de patiënten, die kiezen voor poliklinisch bevallen, dit bij sluiting van de klinische verloskunde in Meppel in Zwolle willen doen. Dit betekent dat de verloskundigen ook voor deze groep langer uit de praktijk zijn en, voor zover hun praktijk dicht bij het Meppeler ziekenhuis gelegen was, ook poliklinische begeleiding moeilijker met andere activiteiten kunnen combineren.

Aangezien het streven is de huidige praktijk van thuisbevallen ook bij sluiting van de klinische verloskunde in Meppel in stand te houden, wordt daarvan geen effect op de kraamzorg verwacht.

De gevolgen van sluiting van de klinische verloskunde in Meppel voor de praktijkvoering van verloskundigen zijn erkend en in eigen kring van getallen voorzien. Achmea heeft de bereidheid uitgesproken dit verder te onderzoeken en met de verloskundigen naar oplossingen te willen zoeken. Dit commitment is van groot belang om ervoor te zorgen dat ook na sluiting van de klinische verloskunde in Meppel voldoende verloskundige menskracht voor de thuisbevallingen ter beschikking staat.

### 4. Wat betekent dit allemaal?

Persoonlijk hecht ik erg aan het adagium “spreiding indien enigszins mogelijk, concentreren indien echt nodig”. Zorg dichtbij huis en in een vertrouwde omgeving is in mijn ogen een kernwaarde van ons stelsel. Met deze achtergrond heb ik geluisterd en gekeken naar de feiten en getallen rond de eventuele beëindiging van de klinische verloskunde in Meppel en verplaatsing daarvan naar Zwolle (het voorgenomen besluit van beide ziekenhuizen) en het handhaven van klinische verloskunde in Meppel in een satellietmodel (een door de verloskundigen ingebracht alternatief).

Alle kleinere ziekenhuizen in Nederland hebben te maken met de vraag, hoe in een relatief beperkte schaalgrootte doelmatigheid en kwaliteit kan worden geboden met behoud van een eigen zorgprofiel voor de adherente bevolking. Anders gezegd, is spreiding nog mogelijk of concentratie toch nodig. De getallen laten zien, dat de

klinische verloskunde in het ziekenhuis in Meppel niet op doelmatige wijze kan worden geboden, ook niet bij realisering van suggesties uit het satellietmodel. Dat betekent dat als nu geen besluit tot stoppen wordt genomen, zonder additionele ingrepen zo'n besluit op niet al te lange termijn in de prijsonderhandelingen met de zorgverzekeraars wordt afgedwongen.

Voorts is gebleken dat met de sluiting van de klinische verloskunde "het hart niet uit het ziekenhuis" wordt weggesneden. Er blijft voldoende ruimte over voor profilering als een goed streekziekenhuis. Wel moet worden nagedacht over de klinische kindergeneeskunde die met ongeveer eenderde zal krimpen. Of een omvang van 13 opgenomen kinderen het rechtvaardigt om de klinische kindergeneeskunde in de huidige vorm te handhaven, moet zorgvuldig worden bekeken, mede in het licht van de manier waarop de poliklinische en ambulante zorg voor kinderen in samenwerking met Zwolle kan worden georganiseerd.

Een uiterst belangrijke vraag is of de kwaliteit van zorg voor de patiënten onder een dergelijk besluit te lijden heeft. De reistijd zal gemiddeld iets langer zijn maar uit de literatuur kan worden afgeleid dat in de Meppelse situatie bij dergelijke verschillen nauwelijks tot geen negatief effect op de sterfte van de geboren kinderen aantoonbaar is. Door tegelijkertijd aanpassingen te doen in de ambulancezorg is ook bij de acute situaties geen negatief effect op de uitkomst van de geboortezorg te verwachten. Naar mijn mening heeft een besluit tot beëindiging van de klinische verloskunde in Meppel dan ook nauwelijks tot geen negatieve gevolgen voor de uitkomst van de bevallingen in dit gebied van Nederland.

Een tweede uiterst belangrijke vraag is of de verloskundige zorg thuis door de verplaatsing van de klinische verloskunde uit Meppel onder druk komt te staan. Dit zou het gevolg kunnen zijn van het feit dat zowel voor klinische (begeleiding patiënten) als poliklinische (niet meer in Meppel) bevallingen de verloskundige langer uit de eigen praktijk is. Om de eerstelijns verloskundige zorg op kwalitatief goed niveau te houden, is dus uitbreiding van de menskracht daarin nodig. Dit is overigens een bekend verschijnsel: doelmatigheidswinst voor de één is niet zelden doelmatigheidsverlies bij de ander. De verloskundigen hebben hierover getallen geproduceerd en Achmea heeft zich bereid verklaard aan oplossingen te willen meewerken. Overeenstemming op dit punt, samen met overeenstemming over de aanpassingen in de ambulancezorg, zijn voorwaarde om op verantwoorde wijze tot sluiting van de klinische verloskunde in Meppel te kunnen overgaan.

Tenslotte dit. Verplaatsing van relatief kleinschalige zorg in een vertrouwde omgeving naar instellingen van een veel grotere schaal en op grotere afstand vraagt om investeringen in vertrouwen en vertrouwdheid van beide kanten. Het is mijn indruk dat in die context nog wel wat werk te verzetten is. Hierin investeren vormt samen met de aanpassingen in de ambulancezorg en aanpassingen in de verloskundige praktijkvoering de sleutel voor succes. Als deze punten goed worden opgepakt en opgelost, is sluiting van de klinische verloskunde in Meppel een verantwoorde stap.

## Appendix 1: Deelnemers overleggen (geheel of gedeeltelijk)

Hr. G. Blijham (voorzitter)

Mw. M. Sint (RvB Isala)

Hr. R. Thieme Groen (RvB Isala)

Hr. H. Vernooij (Directeur Operations, Isala)

Mw. L. Hartemink (RvB Noorderboog)

Hr. T. Vissers (RvB Noorderboog)

Hr. H. Rommers (secretaris RvB Noorderboog)

Hr. C. van Delden (Clustermanager Zorg, Noorderboog)

Mw. M. Haveman (Achmea)

Mw. N. Gosker (Verloskundigen Kring Meppel e.o.)

Hr. P. Asbreuk (Verloskundigen Kring Meppel e.o.)

Hr. C. Becks (Verloskundigen Kring Meppel e.o.)

Hr. H. de Haan (Gynaecoloog)

Hr. G. Vermeulen (Gynaecoloog)

Hr. G. van Aken (ROAZ Zwolle)

Hr. R. Lindeboom (ROAZ Zwolle)

Mw. C. Kaagman (ROAZ Drenthe)

Hr. T. Hiddes (UMCG Ambulancezorg)

Hr. R. Schoonbeek (UMCG Ambulancezorg)

Hr. M. Bos (gemeente Meppel)

Hr. R. Moes (Huisarts)

Hr. R. Arts (Huisarts)

Mw. T. de Wit (Huisarts)

Mw. N. de Jong (Kraamzorg)

Mw. M. Smit (Kinderarts)

Hr. A. van Kessel (Kinderarts)

Mw. I. Joustra (O&G Verpleegkundige)

Mw. W. Meiberg (Teamleider Kraamafdeling)

Hr. J. Kocken (Anaesthesist)

Mw. R. Simonis (Kinderverpleegkundige)

Hr. R. Otto (Projectdirecteur Regionale Samenwerking Isala - Noorderboog)