



> Als je het doet, doe het dan goed

Onderzoek toekomstbestendige geboortezorg
in regio Zoetermeer

Colofon

Projectteam

Saskia van der Erf, Joëlle Groen, Marie Hiemstra

Projectleider: Emma Brocken – emma.brocken@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Als je het doet, doe het dan goed, Onderzoek toekomstbestendige geboortezorg in regio Zoetermeer, maart 2024.

Opdrachtgever

HagaZiekenhuis

Foto voorblad

Robin Utrecht (beeldbewerking door SiRM)

ANP

Managementsamenvatting

Sinds 1 maart 2023 zijn het HagaZiekenhuis (Haga) en het LangeLand Ziekenhuis gefuseerd tot één ziekenhuis met twee locaties: HagaZiekenhuis Zoetermeer en HagaZiekenhuis Den Haag. Aan deze fusie ligt het hoofdlijnenakkoord voor de ontvlechting van de Reinier Haga Groep uit juni 2022 ten grondslag, dat is opgesteld met banken en zorgverzekeraars. Het hoofdlijnenakkoord gaat uit van een profielaanpassing van Haga Zoetermeer die gericht is op rendementsverbetering. Onderdeel daarvan is aanpassing van de geboortezorg vanaf 2026, met daarbij de afspraak dat betrokken partijen in de regio dit verder samen uitwerken.

De raad van bestuur van het Haga heeft adviesbureau SiRM gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar toekomstbestendige geboortezorg in de regio Zoetermeer. Daarbij gaf zij aan dat alle inrichtingsmogelijkheden mogelijk zijn, ook het behoud van acute geboortezorg in Haga Zoetermeer. SiRM betrok gedurende het onderzoek een brede groep aan belanghebbenden binnen het Haga en daarbuiten. We onderzochten twee inrichtingsmogelijkheden in detail: 'Bevallingen elders in de regio' en 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer'.

Op basis van uitgebreid kwalitatief en kwantitatief onderzoek concludeert SiRM dat beide inrichtingsmogelijkheden tot toekomstbestendige geboortezorg voor de inwoners van de regio Zoetermeer kunnen leiden, mits deze zorgvuldig worden uitgewerkt. Dit gaat voor beide inrichtingsmogelijkheden niet vanzelf en vraagt aanzienlijk (bestuurlijk) commitment en inspanningen van alle betrokkenen. We benadrukken dus: *Als je het doet, doe het dan goed.*

Voor een toekomstbestendige invulling van 'Bevallingen elders' is verplaatsing van geboortezorg naar GHZ, RdGG en Alrijne nodig. Dit vraagt (bestuurlijk) commitment en forse inspanningen om de capaciteit in die ziekenhuizen te organiseren en om de netwerkzorg voor inwoners van Zoetermeer opnieuw in te richten. De grootste onzekerheid hierbij is of GHZ, RdGG en Alrijne (op tijd) over voldoende capaciteit kunnen beschikken en of deze in de toekomst toereikend is gezien de demografische groei in de regio. Het gaat hierbij niet alleen over geboortezorgcapaciteit. Ook de klinische zorg voor pasgeborenen en andere kinderen moet bij sluiting van Haga Zoetermeer overgenomen worden in de regio.

Voor een toekomstbestendige invulling van 'Uitbreiding bevallingen' is een stijging van het aantal bevallingen nodig om doelmatig te kunnen werken en blijft Haga Zoetermeer een basisziekenhuis. Een keuze voor deze inrichtingsmogelijkheid vraagt om commitment van zorgverzekeraars en medisch specialisten, en om het verbeteren van de positionering van Haga Zoetermeer om het marktaandeel te vergroten. De grootste onzekerheid hierbij is of Haga Zoetermeer het tij weet te keren na jarenlange (financiële) problemen. Daarnaast is het onzeker of de medisch specialisten uit Haga Den Haag de verschillen in werkwijze tussen de locaties kunnen accepteren.

De raad van bestuur van het Haga neemt het uiteindelijke besluit over de inrichting. SiRM benadrukt daarbij wel dat na jarenlange onzekerheid een duidelijke beslissing over de langetermijninrichting van de tweedelijnsgeboortezorg in Zoetermeer nodig is, mét volledige commitment van de medisch specialisten, de ziekenhuizen in de regio en zorgverzekeraars.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	1
1 Aanleiding en conclusie	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Vraag aan SiRM en aanpak	3
1.3 Onderzochte inrichtingsmogelijkheden	5
1.4 Conclusies en aanbevelingen	6
2 Bevallingen elders vereist zorgvuldige systeemplanning	10
2.1 Voor een toekomstbestendige invulling van 'Bevallingen elders' is verplaatsing van geboortezorg naar GHZ, RdGG en Alrijne nodig	10
2.2 Verplaatsen vraagt (bestuurlijk) commitment en forse inspanningen om de capaciteit elders te organiseren, en de netwerkzorg opnieuw in te richten	17
3 Uitbreiding vraagt om vertrouwen en investering in Haga Zoetermeer	29
3.1 Voor een toekomstbestendige invulling van 'Uitbreiding bevallingen' zijn meer bevallingen en een basisziekenhuis in Zoetermeer nodig	29
3.2 Voor uitbreiding is commitment van zorgverzekeraars en medisch specialisten, en verbeteren van positionering Haga Zoetermeer essentieel	37
Bijlage 1. Onderzoeksaanpak	48
Proces	48
Kwalitatieve analyses	51
Kwantitatieve analyses	52
Bijlage 2. Aanvullende resultaten	60
Huidige en verwachte aantallen bevallingen	60
Inrichtingsmogelijkheid 'Bevallingen elders in de regio'	61
Inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer'	64

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

Sinds 1 maart 2023 zijn het HagaZiekenhuis en het LangeLand Ziekenhuis gefuseerd tot één ziekenhuis met twee locaties: HagaZiekenhuis Zoetermeer en HagaZiekenhuis Den Haag. Aan deze fusie ligt het hoofdlijnenakkoord voor de ontvlechting van de Reinier Haga Groep en de individuele ziekenhuizen Reinier de Graaf Gasthuis, HagaZiekenhuis en LangeLand Ziekenhuis uit juni 2022 ten grondslag. Het hoofdlijnenakkoord is opgesteld met banken en zorgverzekeraars.

Het HagaZiekenhuis (Haga) werkt op dit moment aan de invulling van het toekomstige zorgaanbod van Haga Zoetermeer. Het ziekenhuis biedt nu op beide locaties 24/7 poliklinische en klinische zorg en wil dit in de toekomst blijven doen. Wel legt het conceptprofiel van Haga Zoetermeer de focus van de klinische zorg op veelvoorkomende planbare en chronische zorg. Met het zicht op deze focus is de Intensive Care (IC) per 1 december 2023 afgeschaald naar een 24/7 High Care (HC), welke onderdeel is van een regionaal IC-netwerk. Wat betreft acute zorg rijden er tussen 21:00 en 8:00 uur geen ambulances meer naar locatie Zoetermeer met uitzondering van ambulances voor kinderen en zwangeren. In dat kader bespreekt het Haga met betrokken partijen in de regio op welke manier de overige patiëntenstroom op de spoedeisende hulp (SEH) tussen 21:00 en 8:00 uur samen te organiseren.

In het hoofdlijnenakkoord gaan partijen uit van aanpassing van de acute geboortezorg in Zoetermeer vanaf 2026, met daarbij de afspraak dat betrokken partijen in de regio dit verder samen uitwerken.¹ Zorgverzekeraar DSW heeft in het hoofdlijnenakkoord aangegeven dat zij, vooruitlopend op deze uitwerking, vindt dat de acute geboortezorg in Zoetermeer nu en in de toekomst behouden moet blijven.

1.2 Vraag aan SiRM en aanpak

De raad van bestuur van het Haga heeft adviesbureau SiRM (Strategies in Regulated Markets) gevraagd om – in nauwe afstemming met betrokken partijen bij de geboortezorg in regio Zoetermeer en de geboortezorgverleners van het Haga – een onderzoek uit te voeren naar toekomstbestendige geboortezorg in de regio Zoetermeer. Het onderzoek richt zich op hoe de geboortezorg in Zoetermeer en omgeving in de toekomst goed, veilig, bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar kan worden georganiseerd. De raad van bestuur van het Haga heeft aangegeven dat daarbij alle inrichtingsmogelijkheden mogelijk zijn, ook het behoud van acute geboortezorg in Haga Zoetermeer.

In de geraamde kosten voor de nieuwbouw – waarvan de realisatie gepland is in 2028 – is voorsnog geen rekening gehouden met de bouw van verloskamers. De raad van bestuur van het

¹ Aanpassing van acute geboortezorg moet volgens het hoofdlijnenakkoord tot jaarlijks €0,21 miljoen rendementsverbetering leiden.

Haga kan deze plannen in overleg met banken en zorgverzekeraars herzien wanneer zij op basis van mede dit onderzoek besluit om de acute geboortezorg in Zoetermeer te behouden.

SiRM betrok gedurende het onderzoek – dat van oktober 2023 tot half maart 2024 liep – een brede groep belanghebbenden binnen het Haga en daarbuiten (zie verdere toelichting in Bijlage 1):

- **Intern Haga projectteam** met geboortezorgverleners van beide locaties.
- **Intern Haga stafteam van ondersteunende afdelingen** financiën, kwaliteit, personeelszaken, strategie en communicatie.
- **Externe klankbordgroep** met eerstelijnsverloskundigen, huisartsen en vertegenwoordigers van gemeente Zoetermeer en programma Zoetermeer 2025.
- **Interviews** met leden projectteam, stafteam en klankbordgroep, verpleegkundigen en klinisch verloskundigen van beide locaties, leden Patiëntenraad en Moederraad, kwetsbare zwangeren, raad van bestuur Haga, Netwerk Acute Zorg West (NAZW), Kraamzorg Zoetermeer.
- **Zorgtafels** met bredere groep eerste- en tweedelijnszorgverleners van beide locaties, de Patiëntenraad van Haga, gemeente Zoetermeer en Zoetermeer 2025.
- Interviews en verkennende **gesprekken met ziekenhuizen in de regio** Groene Hart Ziekenhuis (GHZ), het Reinier de Graaf Gasthuis (RdGG) en Alrijne Ziekenhuis (Alrijne)
- Interviews en aanvullende **gesprekken met zorgverzekeraars** CZ, VGZ, DSW, Menzis en Zilveren Kruis.
- **Interviews met andere ziekenhuizen in Nederland** die eerder in vergelijkbare situaties verkeerden (lateralisatie van geboortezorg, ofwel een laag aantal bevallingen).
- Toelichting (tussentijdse) resultaten tijdens **personeelsbijeenkomst** Haga Zoetermeer.
- Regelmatig contact met directe aanspreekpunten en de raad van bestuur van het Haga.

Om de kwaliteit en veiligheid, de toegankelijkheid en bereikbaarheid, en de financiële haalbaarheid van inrichtingsmogelijkheden te bepalen, voerden we zowel kwalitatieve als kwantitatieve analyses uit. Daarbij gebruikten we naast informatie uit de interviews en bijeenkomsten verschillende kwalitatieve bronnen zoals richtlijnen, kwaliteitsnormen, fusiedocumenten, werkafspraken van verschillende verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) en wetenschappelijke literatuur. Ook voerden we kwantitatieve analyses uit met gegevens van het Haga (declaratiegegevens, financiële gegevens, *Dutch Hospital Data* (DHD), personeelsbestanden, roosters en Perined) en openbare bronnen zoals integrale geboortezorg indicatoren, Sectorkompas Ambulancezorg Nederland (AZN), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en DigiMV. Voor de reistijdenanalyses gebruikten we de NS-reisplanner en tabellen aangekocht bij Geodan en Andes. In Bijlage 1 lichten we de aanpak uitgebreider toe.

Er vonden gedurende de looptijd van ons onderzoek twee andere onderzoeken plaats naar de geboortezorg in de regio Zoetermeer:

- 1 Het NAZW voerde in opdracht van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) een impactanalyse uit van een acute sluiting van de geboortezorg in Haga Zoetermeer. Het NAZW inventariseerde hiervoor per ziekenhuis in de regio onder andere de capaciteit om bevallingen over te nemen bij een acute sluiting.

- 2 GGD Haaglanden onderzocht in opdracht van gemeente Zoetermeer de effecten op de gezondheid en het welbevinden van de zwangeren en kinderen bij een eventuele wijziging van de acute geboortezorg in Haga Zoetermeer.

Gedurende de looptijd van ons onderzoek vond iedere twee tot drie weken overleg plaats tussen de projectleiders van het NAZW, GGD Haaglanden en SiRM. Tussentijdse bevindingen uit de onderzoeken van het NAZW en GGD Haaglanden die van belang waren voor een toekomstbestendige inrichting namen we zoveel mogelijk mee in dit onderzoek.

De impactanalyse door het NAZW en het onderzoek door GGD Haaglanden liepen onafhankelijk van elkaar en waren respectievelijk in januari en in februari 2024 gereed. De raad van bestuur van het Haga zal op basis van ons onderzoek en de onderzoeken van het NAZW en GGD Haaglanden een besluit nemen over de geboortezorg in Haga Zoetermeer.

1.3 Onderzochte inrichtingsmogelijkheden

We beschrijven in dit rapport twee inrichtingsmogelijkheden die beide tot toekomstbestendige geboortezorg voor de inwoners van Zoetermeer leiden, mits deze zorgvuldig worden uitgewerkt. Het gaat om de inrichtingsmogelijkheden ‘Bevallingen elders in de regio’ en ‘Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer’.

We vullen de inrichtingsmogelijkheden zo in dat wij verwachten dat ze tot toekomstbestendige geboortezorg leiden voor de inwoners van Zoetermeer:

- 1 **Bevallingen elders in de regio.** In deze inrichtingsmogelijkheid nemen GHZ, RdGG en Alrijne alle geboortezorg uit VSV Zoetermeer over, zowel de begeleiding van de zwangerschap als de bevallingen en controles. Deze ziekenhuizen zijn op basis van reistijd, parkeren en omvang het meest passende alternatief voor Haga Zoetermeer. Haga Den Haag is voor zwangeren uit regio Zoetermeer geen logisch alternatief vanwege de reistijd. De vijf eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit Zoetermeer sluiten zich aan bij maximaal twee VSV's per praktijk. In §2.1 lichten we de invulling uitgebreider toe.
- 2 **Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer.** In deze inrichtingsmogelijkheid trekt Haga Zoetermeer meer bevallingen aan om te zorgen dat tweedelijnsgeboortezorgverleners doelmatig kunnen werken. Er vindt nieuwbouw plaats met modernere bevalkamers die voldoen aan de huidige wensen van zwangeren. Daarnaast zijn de randvoorwaarden voor het leveren van veilige geboortezorg op orde. Hiervoor is het nodig dat Haga Zoetermeer een basisziekenhuis blijft, zodat 24/7 aanwezigheid en/of bereikbaarheid van aanpalende medisch specialisten (intensivist, anesthesist, operatiekamer-team (OK-team), interventieradioloog, etc.) haalbaar is. In §3.1 lichten we de invulling uitgebreider toe.

Aan het begin van het onderzoek kwamen hiernaast nog twee ‘tussenmogelijkheden’ naar voren in interviews en in deskresearch. We hebben deze niet verder uitgewerkt omdat geïnterviewden niet verwachten dat deze tot toekomstbestendige geboortezorg voor de inwoners van Zoetermeer leiden:

- **Alleen poliklinische bevallingen in bevalcentrum in Zoetermeer.**
 - Er lijken te weinig poliklinische bevallingen te zijn om een bevalcentrum – waarin alleen poliklinische bevallingen kunnen plaatsvinden – doelmatig te kunnen organiseren. Met

ongeveer 250 bevallingen die poliklinisch eindigden in 2022, gaat het om nog geen bevalling per dag.

- Er is twijfel of zwangeren gebruik willen maken van een poliklinisch bevalcentrum. Zij kiezen immers vaak voor een poliklinische bevalling om al in het ziekenhuis te zijn, mocht het tijdens de bevalling nodig zijn. Voor de zwangeren die de bevalling poliklinisch starten maar tijdens de bevalling overgedragen worden aan de tweede lijn (dit waren er 200-250 in 2022), betekent dit dat zij tijdens de bevalling naar een ander ziekenhuis (op ~25 minuten afstand) zouden moeten reizen (voor pijnstilling).
- Een bevalcentrum op het ziekenhuisterrein zou voor schijnveiligheid over de aanwezigheid van tweedelijnsgeboortezorg kunnen zorgen. Het is namelijk de vraag of de zwangere zich realiseert dat deze tweedelijnsgeboortezorg niet meer in de buurt is.
- **Alleen poliklinische en medisch laagrisico bevallingen in Zoetermeer.** Poliklinische en medisch laagrisico bevallingen samen leidt tot een groter aantal bevallingen. Echter, het is erg moeilijk om vooraf goed te voorspellen of een bevalling laagrisico is en blijft. Dit betekent dat de randvoorwaarden die ingevuld moeten zijn voor deze 'tussenmogelijkheid' vrijwel identiek zijn aan die bij de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer'. Dit zal vergelijkbare personele capaciteit vragen en eveneens vergelijkbare investeringen in nieuwbouw. Het is in dat geval doelmatiger om de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer' te implementeren.

1.4 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van zeer uitgebreid kwalitatief en kwantitatief onderzoek denkt SiRM dat beide inrichtingsmogelijkheden tot toekomstbestendige geboortezorg voor de inwoners van de regio Zoetermeer kunnen leiden. Beide inrichtingsmogelijkheden kunnen – mits zorgvuldig uitgewerkt – goede, veilige, bereikbare, beschikbare en betaalbare geboortezorg in de regio waarborgen.

Tegelijkertijd geldt voor beide inrichtingsmogelijkheden dat dit niet vanzelf zal gaan en dat aanzienlijke (bestuurlijke) commitment en inspanningen nodig zijn van alle betrokkenen. Voor beide inrichtingsmogelijkheden geldt daarbij: **Als je het doet, doe het dan goed.** We zetten hieronder per inrichtingsmogelijkheid uiteen wat dit betekent.

1 Bevallingen elders in de regio

Om deze inrichtingsmogelijkheid succesvol te implementeren is zorgvuldige systeemplanning nodig. Dit betekent dat de volgende onderwerpen gepland en georganiseerd moeten worden:

- Ten eerste moeten GHZ, RdGG en Alrijne in staat zijn om de bevallingen uit Zoetermeer over te nemen. Haga Zoetermeer is juist de afgelopen jaren steeds vaker een overstromlocatie in de regio. Er bestaat (daarom) onzekerheid of GHZ, RdGG en Alrijne (op tijd) de bevallingen over kunnen nemen en of de bevalcapaciteit in de toekomst toereikend is gezien de demografische groei in de regio.² De ziekenhuizen geven aan dat zij gezamenlijk bereid zijn de bevallingen uit VSV Zoetermeer over te nemen. Ze benadrukken daarbij wel dat overname alleen haalbaar is met overname van personeel van Haga Zoetermeer (vooral

² Het aantal bevallingen groeit ten opzichte van 2022 richting 2030 voor Haga Zoetermeer met 17%, voor GHZ met 11%, voor RdGG met 15% en voor Alrijne zelfs met 19%.

verpleegkundigen en klinisch verloskundigen) en de benodigde financiering van zorgverzekeraars. Een aandachtspunt bij de overname van bevallingen is dat vrouwen met een medische zwangerschap³ voor begeleiding, bevalling en controles in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht moeten kunnen. Want hoewel alle ziekenhuizen in de ROAZ-regio voldoen aan de zogenaamde 45-minutennorm⁴, is in een studie uit 2011 een relatie geobserveerd tussen een reisafstand langer dan 20 minuten en hogere morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind bij zwangeren met een medische zwangerschap.⁵

- Alles moet op alles gezet worden om geboortezorgverleners van Haga Zoetermeer te behouden voor de tweedelijnsgeboortezorg. Tweedelijnsgeboortezorgverleners in Haga Zoetermeer kiezen bewust voor een kleinschalig dichtbijgelegen ziekenhuis. We verwachten bij sluiting van geboortezorg in Haga Zoetermeer dat (vooral) een deel van de obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen (O&G-verpleegkundigen) de tweedelijnsgeboortezorg verlaat.
- Kwetsbare inwoners van Zoetermeer moeten kunnen rekenen op uitgebreide voorlichting en (financiële) ondersteuning. Sluiting van de geboortezorg in Zoetermeer treft vooral zwangeren met begeleiding in het ziekenhuis. De reiskosten en reistijd nemen voor hen namelijk flink toe, zowel met de auto als met het openbaar vervoer (ov).⁶ Huisartsen en eerstelijnsverloskundigen in Zoetermeer zijn bang dat dit (bij kwetsbare zwangeren) tot zorgmijding leidt, met gevolgen voor de gezondheid van moeder en kind.
- Verplaatsen van bevallingen vraagt om versterking van de eerstelijnsverloskunde en het opzetten van nieuwe verwijslijnen. Eerstelijnsverloskundigen zijn vaker buiten hun werkgebied als de bevallingen elders in de regio plaatsvinden. Ze verwachten bovendien zwangeren eerder in te sturen vanwege de toegenomen reistijd naar het ziekenhuis. Door de toegenomen reistijd, de toegenomen duur van de begeleiding van de poliklinische bevalling en een extra gezamenlijke achterwacht zijn extra eerstelijnsverloskundigen nodig. Bovendien wordt het VSV Zoetermeer opgeheven als de bevallingen elders in de regio plaatsvinden. Eerstelijnsverloskundigen moeten zich kunnen aansluiten bij het VSV van GHZ, RdGG en/of Alrijne. Voor veilige geboortezorg is het (bij de overdracht) belangrijk dat de eerste- en tweedelijnsgeboortezorgverleners elkaar kennen en duidelijke werkafspraken hebben.
- Door het wegvallen van de bevallingen kan waarschijnlijk ook de klinische kindergeneeskunde niet meer beschikbaar blijven in Zoetermeer. Ook voor verplaatsing van deze zorg is zorgvuldige systeemplanning nodig. Dit betekent onder andere dat GHZ, RdGG en Alrijne in staat moeten zijn om ook deze zorg over te nemen. Daarnaast moeten afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid van spoedeisende kindergeneeskunde voor huisartsen bij de huisartsenpost van Zoetermeer als in Haga Zoetermeer niet langer een kinderarts 24/7 beschikbaar is.

³ Zwangeren met begeleiding in de tweede lijn tijdens de zwangerschap. Dit waren er ~440 in Haga Zoetermeer in 2022.

⁴ De 45-minutennorm van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) houdt in dat iedereen in een acute situatie binnen 45 minuten met een ambulance een ziekenhuis met acute verloskunde moet kunnen bereiken.

⁵ Ravelli et al. (2011), Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands.

⁶ De gemiddelde ov-reistijd voor zwangeren die in 2022 in Haga Zoetermeer bevielen en die in wijken met laag autobezit wonen (~580) is 44 minuten naar GHZ, 57 minuten naar RdGG en 60 minuten naar Alrijne.

- Hoewel het verplaatsen van bevallingen in relatieve termen nauwelijks om extra capaciteit van de ambulancezorg⁷ vraagt, lijkt de ambulancecapaciteit wel al onder druk te staan in de regio. Mogelijk leidt het wegvallen van de spoedeisende kindergeneeskunde in avond, nacht- en weekend-uren (ANW-uren) daarnaast tot een stijging van de vraag naar ambulancezorg.⁸

2 Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer

Succesvolle implementatie van deze inrichtingsmogelijkheid vraagt om vertrouwen en investering (in nieuwbouw) in Haga Zoetermeer:

- Het aantal bevallingen in Zoetermeer vertoont het afgelopen decennium een dalende trend. We zien ook voor andere medisch specialistische zorg dat Haga Zoetermeer ten opzichte van het adherentiegebied een relatief lage omzet heeft. Om ervoor te zorgen dat de geboortezorg kan uitbreiden, ingebed in een basisziekenhuis in Zoetermeer, is het nodig dat Haga Zoetermeer haar positionering richting patiënten en verwijzers verbetert voor de geboortezorg en breder. Dit geldt ook voor de positionering richting potentiële nieuwe medewerkers. Door de (financiële) problemen van Haga Zoetermeer in de afgelopen jaren twijfelen veel betrokkenen of het ziekenhuis het tij nog kan keren.
- Uitbreiding van bevallingen in Haga Zoetermeer vraagt om commitment van zorgverzekeraars: niet alleen voor geboortezorg op locatie Zoetermeer, maar ook voor Haga Zoetermeer als basisziekenhuis. Zorgverzekeraars moeten bereid zijn om nieuwbouw te steunen, om tijdelijk te investeren in de verlieslatendheid van de (geboorte)zorg, en om de (geboorte)zorg in Haga Zoetermeer structureel te financieren. Dit commitment is, gezien de (financiële) problemen van de afgelopen jaren, niet vanzelfsprekend. Zorgverzekeraars CZ en VGZ hebben eerder aangegeven dat ze verwachten dat duidelijke profielkeuzes bijdragen aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van (geboorte)zorg in de regio Zoetermeer. Daarbij is voor hen primair de zorgplicht leidend. Dat betekent dat bij eventuele sluiting er binnen de 45-minutennorm en inhoudelijke beroepsnormen een minimaal kwalitatief gelijkwaardig alternatief in de regio is met voldoende (personele, fysieke en materiële) capaciteit. DSW is in ieder geval voorstander van behoud van geboortezorg in Zoetermeer.
- Behoud van geboortezorg in Haga Zoetermeer vraagt van medisch specialisten om op beide locaties te werken en diensten te doen. Dit geldt niet alleen voor gynaecologen en kinderartsen, maar ook voor aanpalende specialisten zoals anesthesisten, intensivisten, interventieradiologen et cetera. De geboortezorg in Haga Zoetermeer is vanwege de schaalgrootte niet volledig vergelijkbaar in te richten met de manier waarop de geboortezorg in Haga Den Haag is georganiseerd. Medisch specialisten uit Den Haag geven aan dat het voor hen onveilig voelt om op twee verschillende wijzen te werken en zetten vraagtekens bij een – wat betreft aanwezige zorgverleners en faciliteiten – verschillende inrichting onder hetzelfde Haga-logo. Onzeker is of zij de verschillen in werkwijze tussen de locaties kunnen accepteren.

⁷ Naar verwachting leidt de inrichting 'Bevallingen elders' tot 100-200 extra ritten voor geboortezorgpatiënten per jaar (t.o.v. de huidige ~25). Dit is nog geen 0,5% van het totaal aantal jaarlijkse A1-ritten (~55 duizend) door RAV Haaglanden.

⁸ Omdat de scope van dit onderzoek zich beperkt tot geboortezorg hebben wij geen inschatting gemaakt van de grootte.

Afweging tussen de beide inrichtingsmogelijkheden vereist een zorgvuldige inschatting van de haalbaarheid van succesvolle implementatie. Deze inschatting vergt een bredere blik die onder andere samenhangt met overige profielkeuzes voor Haga Zoetermeer. Het is voor SiRM daarom niet mogelijk om deze afweging te maken. Dit doet de raad van bestuur van het Haga, die bovendien de verantwoordelijkheid draagt voor de tweedelijnsgeboortezorg in Zoetermeer.

We willen wel benadrukken dat na jarenlange onzekerheid een duidelijke beslissing over de lange termijn inrichting van de tweedelijnsgeboortezorg in Zoetermeer nodig is. En niet alleen een beslissing, maar ook volledige commitment van alle betrokkenen – inclusief zorgverzekeraars – voor een zorgvuldige implementatie van de gekozen inrichtingsmogelijkheid.

2 Bevallingen elders vereist zorgvuldige systeemplanning

Voor een toekomstbestendige invulling van 'Bevallingen elders' is verplaatsing van geboortezorg naar GHZ, RdGG en Alrijne nodig (§2.1). Dit vraagt om (bestuurlijk) commitment en forse inspanningen om de capaciteit in die ziekenhuizen te organiseren en om de netwerkzorg voor inwoners van Zoetermeer opnieuw in te richten (§2.2). De grootste onzekerheid hierbij is of GHZ, RdGG en Alrijne (op tijd) over voldoende capaciteit kunnen beschikken en of deze in de toekomst toereikend is gezien de demografische groei in de regio. Het gaat hierbij niet alleen over geboortezorgcapaciteit. Ook de klinische zorg voor pasgeborenen en andere kinderen moet bij sluiting van Zoetermeer overgenomen worden in de regio.

In §2.1 beschrijven we de invulling die voor de inrichtingsmogelijkheid 'Bevallingen elders in de regio' nodig is zodat deze tot toekomstbestendige geboortezorg leidt voor de inwoners van regio Zoetermeer. In §2.2 lichten we toe dat zorgvuldige systeemplanning nodig is om deze inrichtingsmogelijkheid succesvol te implementeren en wat deze systeemplanning inhoudt.

2.1 Voor een toekomstbestendige invulling van 'Bevallingen elders' is verplaatsing van geboortezorg naar GHZ, RdGG en Alrijne nodig

In deze inrichtingsmogelijkheid nemen GHZ, RdGG en Alrijne alle geboortezorg uit het VSV Zoetermeer over, zowel de begeleiding van de medische zwangerschappen als de bevallingen en controles. Haga Den Haag is voor zwangeren uit regio Zoetermeer geen logisch alternatief (§2.1.1). GHZ en daarna RdGG en Alrijne zijn op basis van reistijd, parkeren en omvang het meest passende alternatief voor Haga Zoetermeer (§2.1.2). De eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit Zoetermeer sluiten zich aan bij maximaal twee VSV's per praktijk (§2.1.3).

Het is zowel vanuit het perspectief van de zwangere als het perspectief van de eerstelijnsverloskundige vanwege de consistentie en kwaliteit van de geboortezorg niet gewenst om – als het niet meer mogelijk is om te bevallen in Haga Zoetermeer – wel de tweedelijnsbegeleiding van de zwangerschap in Haga Zoetermeer te blijven aanbieden. De zwangere wordt namelijk bij voorkeur vanaf het moment dat het kind levensvatbaar is (vanaf 24 weken), overgedragen aan het ziekenhuis waarin de bevalling plaatsvindt. Aangezien bij 'Bevallingen elders' de (meeste) bevallingen niet in Haga Den Haag zullen plaatsvinden (§2.1.1),

is het ook niet gewenst om het eerste deel van de begeleiding daar te organiseren, ook niet met het oog op bijvoorbeeld overdracht en beschikbaarheid van gegevens (in een acute situatie).⁹

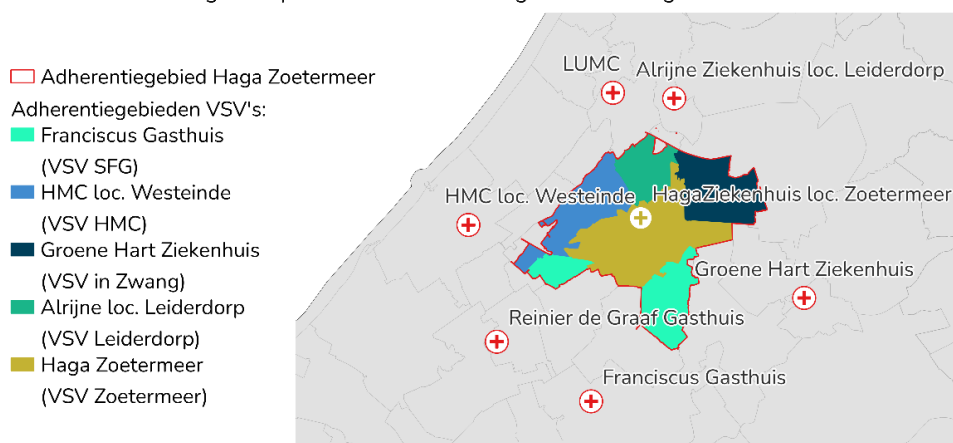
In 2022 vonden ~860 klinische bevallingen en ~250 poliklinische bevallingen plaats in Haga Zoetermeer (~1.110 bevallingen in totaal). Van de ~860 klinische bevallingen waren ~440 vrouwen al onder begeleiding van de tweede lijn tijdens de zwangerschap.¹⁰ Ruim driekwart van de vrouwen die in 2022 in Haga Zoetermeer beviel (~850) woonde in het werkgebied van de eerstelijnsverloskundigenpraktijken die samen met Haga Zoetermeer het VSV Zoetermeer vormen ('werkgebied VSV Zoetermeer'). Tabel 1 bevat een overzicht van het aantal bevallingen in Haga Zoetermeer, uitgesplitst naar type bevalling en de woonlocatie van zwangeren.

Tabel 1. In 2022 vonden ~860 klinische en ~250 poliklinische bevallingen plaats in Haga Zoetermeer (totaal ~1.110). Daarvan woonde ruim driekwart (~850) van de zwangeren in het werkgebied van VSV Zoetermeer. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga en Geodan reistijdentabel 2023.

Type bevalling	Aantal in Haga Zoetermeer (2022)	Woonlocatie zwangeren	Aantal in Haga Zoetermeer (2022)
Totaal	1.110	Werkgebied VSV Zoetermeer	850
Klinisch	860	Adherentiegebied Haga Zoetermeer exclusief VSV	50
Met medische zwangerschap	440	Buiten adherentiegebied Haga Zoetermeer	210
Zonder medische zwangerschap	420		
Poliklinisch	250		
Met plaatsindicatie	70		
Op eigen verzoek	180		

In Figuur 1 is het gele gebied het werkgebied van het VSV Zoetermeer.

Werkgebied per VSV* in adherentiegebied van Haga Zoetermeer



Figuur 1. Ruim driekwart van de vrouwen die in 2022 in Haga Zoetermeer beviel woonde in het werkgebied van het VSV Zoetermeer. *Gebaseerd op reistijd tussen centra van pc4-gebieden voor een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming verkeer. Bron: analyse SiRM op basis van Zorginzicht voor de locaties van verloskundigenpraktijken, deskresearch en Geodan reistijdentabel 2023.

⁹ Ziekenhuizen hebben niet direct en makkelijk toegang tot de medische gegevens van een patiënt in een ander ziekenhuis. Zorgverleners moeten (in acute situaties) schaarse tijd inzetten om gegevens over te dragen.

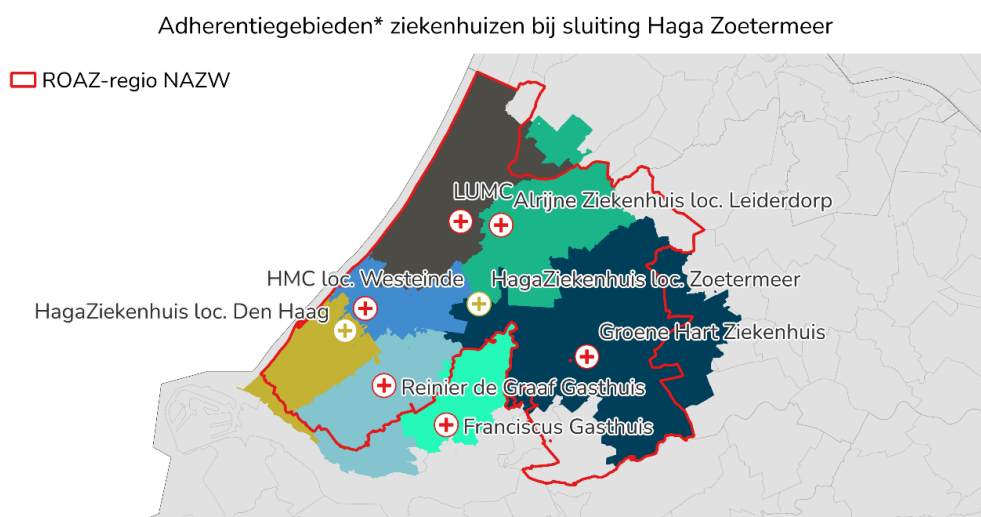
¹⁰ Waarvoor ten minste één week voor de bevalling een DBC is geopend voor de begeleiding van de zwangerschap.

Het werkgebied van het VSV Zoetermeer is een kleiner gebied dan het adherentiegebied van Haga Zoetermeer¹¹ (de rode lijn in Figuur 1). De gebieden binnen het adherentiegebied van het ziekenhuis met een niet-gele kleur zijn werkgebieden van eerstelijnsverloskundigenpraktijken van de VSV's van Franciscus Gasthuis, HMC, GHZ en Alrijne.

2.1.1 Haga Den Haag is voor zwangeren uit regio Zoetermeer geen logisch alternatief

Uit de interviews met de Moederraad van Zoetermeer, de Patiëntenraad van Haga en kwetsbare zwangeren uit Zoetermeer blijkt dat de reistijd tot het ziekenhuis erg belangrijk is voor zwangeren.

Bij sluiting van Haga Zoetermeer is Haga Den Haag voor geen enkele inwoner in het adherentiegebied van Haga Zoetermeer het dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis (zie Figuur 2). Ook voor eerstelijnsverloskundigen geldt dat Haga Den Haag vanuit hun werkgebied nooit het dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis is. Voor tweedelijnszorgverleners (klinisch verloskundigen, (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden) die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen, geldt eveneens dat Haga Den Haag met de auto het verst weg gelegen alternatieve ziekenhuis is (zie Bijlage 2).



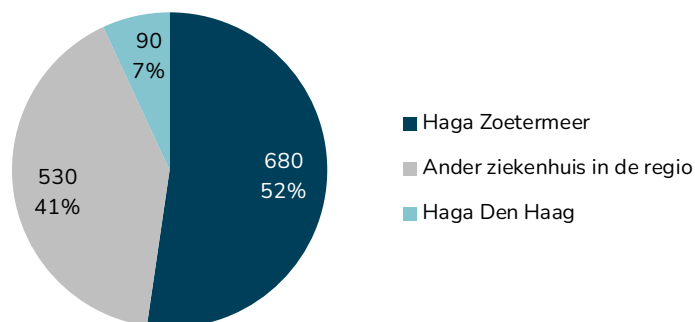
Figuur 2. Haga Den Haag is voor geen van de inwoners in het adherentiegebied van Haga Zoetermeer het dichtstbij.
*Gebaseerd op reistijd tussen centra van pc4-gebieden voor een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming verkeer. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023.

Dat Haga Den Haag geen logische keuze is voor de zwangeren uit de regio Zoetermeer, zien we ook aan het aantal bevallingen uit het adherentiegebied van Haga Zoetermeer dat nu in Haga Den Haag plaatsvindt (zie Figuur 3). Van de in totaal ~1.300 klinische bevallingen in 2022 (zie Tabel 5 in Bijlage 1) uit het adherentiegebied van Haga Zoetermeer bevielen:

- ~680 (52%) zwangeren in Haga Zoetermeer.
- ~530 (41%) zwangeren in een ander ziekenhuis.
- slechts ~90 (7%) zwangeren in Haga Den Haag.

¹¹ Pc4-gebieden waarvoor - uitgaande van de autoreistijd op een doordeweekse dag zonder file - Haga Zoetermeer het dichtstbijzijnde ziekenhuis is.

Verdeling locatie klinische bevallingen uit adherentiegebied Haga Zoetermeer in 2022, totaal ~1.300 [aantal, %]



Figuur 3. In 2022 beviel slechts zeven procent van het totaal aantal klinische bevallingen (~1.300) uit het adherentiegebied van Haga Zoetermeer in Haga Den Haag. Bron: analyse SiRM op basis van (DHD-)data Haga en Geodan reistijdentabel 2023.

Het is uit de gegevens niet te achterhalen in welke ziekenhuizen de andere ~530 klinische bevallingen plaatsvonden en om welke reden ~620 klinische bevallingen uit het adherentiegebied van Haga Zoetermeer ergens anders plaatsvonden.

2.1.2 GHZ en daarna RdGG en Alrijne zijn op basis van reistijd, parkeren en omvang het meest passende alternatief voor Haga Zoetermeer

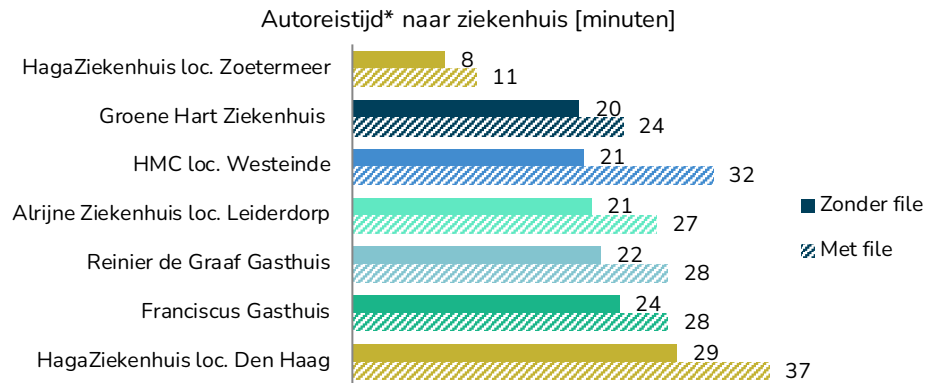
Zowel op basis van reistijd, parkeren en omvang zijn GHZ en daarna RdGG en Alrijne het meest passende alternatief voor Haga Zoetermeer. Hoewel Franciscus Gasthuis voor een deel van de inwoners in de regio Zoetermeer het dichtstbijzijnde ziekenhuis is, is het ziekenhuis minder geschikt omdat het ziekenhuis tot een andere ROAZ-regio behoort. De rode lijn in Figuur 2 geeft de grens van de ROAZ-regio NAZW weer. Het Franciscus Gasthuis hoort bij ROAZ-regio Traumacentrum Zuidwest-Nederland. Binnen ROAZ-regio's maken zorgaanbieders afspraken over het waarborgen van de toegankelijkheid van acute zorg, waaronder acute geboortezorg.

Met de auto is GHZ gemiddeld het dichtstbijzijnde alternatief voor zwangeren uit VSV Zoetermeer. Figuur 4 toont de gemiddelde autoreistijd naar het ziekenhuis voor de ~850 vrouwen uit VSV Zoetermeer die in 2022 in Haga Zoetermeer klinisch of poliklinisch bevielen.¹² Zowel zonder als met file is GHZ gemiddeld het dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis. De reistijd naar HMC is zonder file vergelijkbaar, maar loopt met file op tot boven een halfuur. Daarnaast is parkeren bij HMC moeilijk en heeft dit ziekenhuis de hoogste parkeertarieven.¹³ Ook richting Alrijne en RdGG is de reistijd zonder file vergelijkbaar, en voor deze ziekenhuizen blijft de reistijd met file onder een halfuur.¹⁴

¹² Voor eerstelijnsverloskundigen gelden vergelijkbare autoreistijden. Ook voor hen zijn GHZ en daarna RdGG en Alrijne op basis van autoreistijd en parkeren het meest passende alternatief.

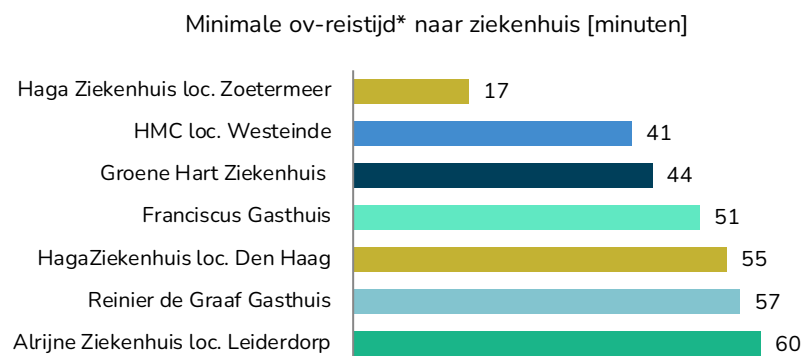
¹³ De parkeertarieven per uur zijn bij Alrijne, GHZ en Franciscus voordeliger: 2 euro per uur ten opzichte van ongeveer 3 euro per uur bij de andere ziekenhuizen. Dagtarieven zijn het laagst bij RdGG, Alrijne en GHZ: ongeveer 7-10 euro per dag ten opzichte van 15 euro per dag bij Franciscus Gasthuis & Vlietland en Haga Den Haag en 27 euro bij HMC-locatie Westeinde.

¹⁴ De opening (medio 2024) van de Rijnlandroute, waarbij een verbinding komt tussen de A44 en A4 (met de nieuwe N434), zal impact hebben op de reistijden richting Leiden. Deze konden we echter nog niet in het onderzoek meenemen.



Figuur 4. Met de auto is GHZ gemiddeld het dichtstbijzijnde alternatief voor zwangeren uit VSV Zoetermeer. *Autoreistijd zonder file is gebaseerd op reistijd tussen centra van pc4-gebieden en adres ziekenhuis voor een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming verkeer. De autoreistijd met file betreft de gemiddelde autoreistijd op dinsdagochtend om 8:00 uur. Er is hierbij geen rekening gehouden met de tijd vanaf het adres van het ziekenhuis tot de verloskamers, mogelijk verschilt dit per ziekenhuis. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023 en Andes filereistijdentabel 2023-2024.

Met het ov is GHZ een beter alternatief dan RdGG en Alrijne (zie Figuur 5). Voor de vrouwen die in 2022 bevielden en in een gebied met laag autobezit¹⁵ woonden (~580), is de minimale ov-reistijd naar GHZ 44 minuten, terwijl deze naar RdGG en Alrijne respectievelijk 57 en 60 minuten is. De ov-reistijd is vooral belangrijk voor zwangeren zonder auto die begeleiding ontvangen in de tweede lijn en daarvoor regelmatig met het ov moeten reizen.



Figuur 5. Met het ov is GHZ een beter alternatief dan RdGG en Alrijne. *Snelste tijd volgens de NS-reisplanner. Inclusief overstaptijd en loop- of fietstijd. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023 en NS-reisplanner.

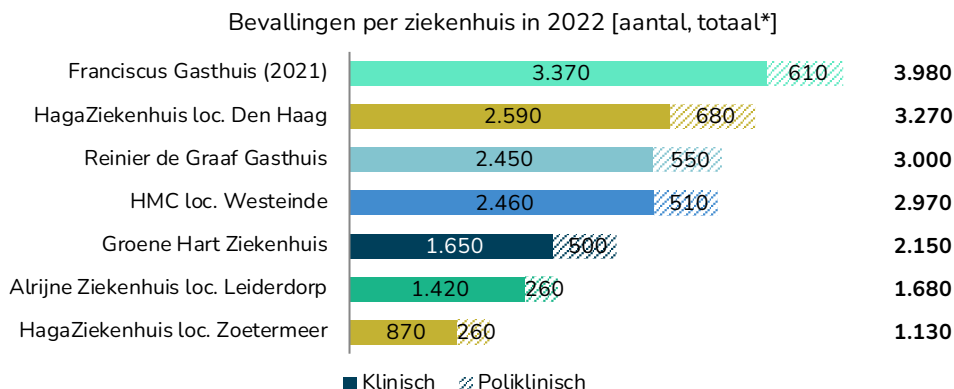
Ook voor tweedelijnszorgverleners¹⁶ die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen is GHZ met de auto het dichtstbijzijnde alternatief. Met het ov is het HMC het dichtstbij. De reistijden met de auto en het ov zijn vergelijkbaar met die voor zwangeren in Figuur 4 en Figuur 5 (zie Bijlage 2 voor de reistijdfiguren voor tweedelijnszorgverleners).

Qua omvang zijn Alrijne en GHZ voor eerste- en tweedelijnszorgverleners uit Zoetermeer het meest aantrekkelijke alternatief, omdat ze – net als Haga Zoetermeer – beide relatief kleinschalig zijn met respectievelijk 1.680 en 2.150 bevallingen (zie Figuur 6). Deze kleinschaligheid kan hen

¹⁵ Gemiddeld minder dan één auto per huishouden.

¹⁶ Hierbij keken we specifiek naar de woonplaats van verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden in Haga Zoetermeer met een vast arbeidscontract.

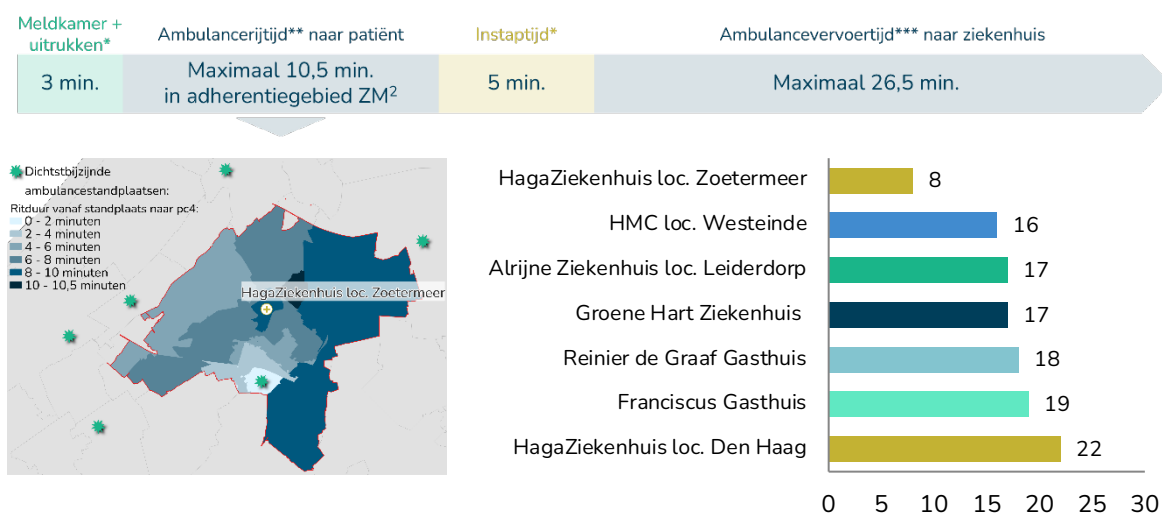
ook voor zwangeren aantrekkelijker maken. Uit bijeenkomsten blijkt dat kleinschaligheid voor zorgverleners een belangrijke reden is om momenteel in Haga Zoetermeer te werken.



Figuur 6. Alrijne en GHZ zijn relatief kleinschalig, wat hen voor zwangeren en zorgverleners uit Zoetermeer aantrekkelijker kan maken. *Door afronding tellen de klinische en poliklinische bevallingen niet altijd op tot het totaal. Bron: Regiobeeld NAZW en Zorginzicht.

Overigens voldoen alle ziekenhuizen met acute verloskunde in de regio aan de 45-minutennorm wanneer zij de bevallingen in het adherentiegebied van Haga Zoetermeer overnemen (zie Figuur 7). Deze is als volgt opgebouwd:

- Het RIVM rekent 3 minuten om een spoedmelding te verwerken en uit te rukken.
- De ambulancereistijd naar de patiënt is in het adherentiegebied van Haga Zoetermeer maximaal 10,5 minuten.
- Het RIVM rekent 5 minuten om de patiënt in de ambulance te plaatsen.
- Dat betekent dat de ambulancevervoertijd van de locatie van de patiënt naar het ziekenhuis maximaal 26,5 minuten mag zijn. Geen van de alternatieve ziekenhuizen komt hierboven.



Figuur 7. Alle ziekenhuizen in de regio voldoen aan de 45-minutennorm. *Volgens RIVM-formule voor 45-minutennorm. **Uitgaande van ambulanceposten met 24/7 paraatheid. ***Op basis van Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Haaglanden Impactanalyse sluiting geboortezorg. Ambulancereistijd voor Alrijne en Franciscus is daarin niet bepaald. We schatten deze daarom in door autoreistijd te vermenigvuldigen met factor ambulancereistijd/autoreistijd voor andere ziekenhuizen uit de regio. Bron: analyse SiRM op basis van RIVM-dataset acute zorg ROAZ-beelden en RAV Haaglanden Impactanalyse sluiting geboortezorg.

2.1.3 De eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit Zoetermeer sluiten zich aan bij maximaal twee VSV's per praktijk

Goede samenwerking tussen eerstelijnsverloskundigen en zorgverleners in het ziekenhuis is van belang voor de uitkomst van de bevalling. Dit blijkt onder andere uit het advies 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte uit 2009¹⁷ en het RIVM-rapport 'Beter weten: een beter begin' uit 2020:

- De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte benadrukt in haar advies het belang van gestructureerde en naadloze samenwerking waarbij op regionaal en lokaal niveau samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Ook geeft zij aan dat voor veilige acute geboortezorg het onderlinge vertrouwen tussen professionals in het verloskundig netwerk dusdanig groot moet zijn dat een spoedoverdracht naadloos verloopt.
- Ook het RIVM beschrijft in haar rapport – mede in navolging van het advies van de stuurgroep – dat meer aandacht voor betere samenwerking mogelijk heeft bijgedragen aan de daling van de perinatale sterfte.

Voor goede samenwerking is het wenselijk dat eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit Zoetermeer zich bij één of maximaal twee VSV's aansluiten. Deelname aan een VSV is cruciaal voor heldere en bindende samenwerkingsafspraken en vaak verplicht vanuit de zorgverzekeraar. Echter is deelname aan meerdere VSV's lastig. Ten eerste kost het onderdeel zijn van een VSV tijd.¹⁸ Zo vindt binnen een VSV ten minste maandelijks multidisciplinair overleg plaats en jaarlijks een overleg over regionale jaarcijfers over kwaliteit.¹⁹⁻²⁰ Ook stelt ieder VSV eigen eisen aan deelname, bijvoorbeeld verplichte deelname aan de kring van verloskundigen in die regio.

Daarnaast verschillen de werkafspraken binnen VSV's (sterk) per regio²¹ en ook de mate waarin taakherschikking of zorgverschuiving wordt ingezet. Deelnemen in meer dan twee VSV's resulteert daardoor in veel onderwerpen waarover eerstelijnsverloskundigen (verschillende) werkafspraken moeten maken (zie Figuur 8). Hierdoor kan de samenwerking met zorgverleners in het ziekenhuis minder gestructureerd en soepel verlopen. Inhoudelijk lijken de werkafspraken van het VSV waarbij GHZ is aangesloten het meest overeen te komen met die van Haga Zoetermeer, met eenzelfde focus op fysiologie (zie Bijlage 2).

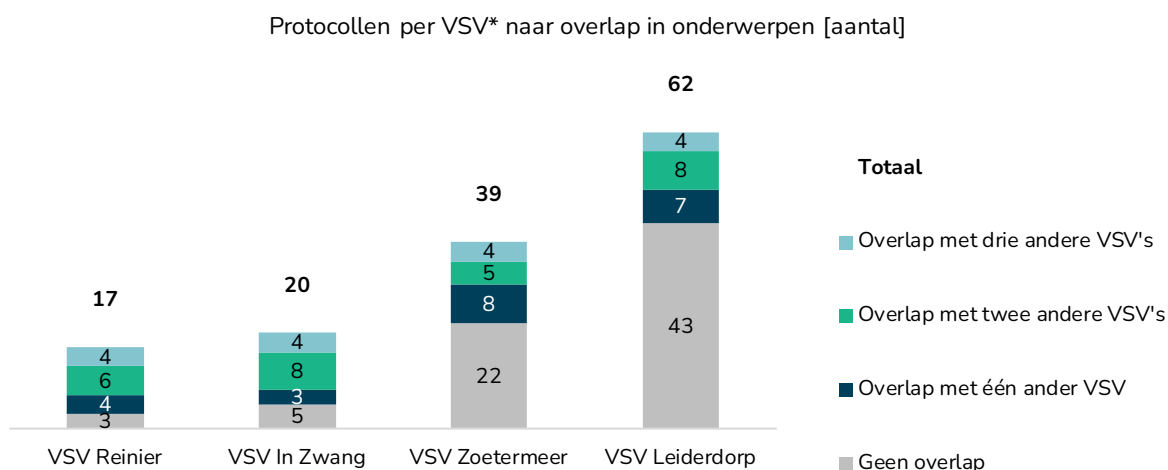
¹⁷ In opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

¹⁸ In het onderzoek van GGD Haaglanden geven eerstelijnsverloskundigen aan dat zij ook aan VSV's kunnen deelnemen als meelezend in plaats van participerend lid, wat minder tijdsintensief is. Zij geven echter aan dit liever niet te willen.

¹⁹ Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.2 (2020), College Perinatale Zorg.

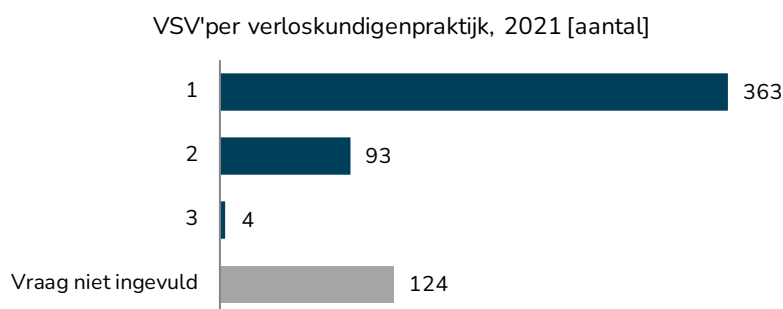
²⁰ Een verloskundige besteedt ongeveer 30% van de tijd (~11 uur) in een werkweek aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Daaronder vallen bijvoorbeeld deelname aan VSV, Kring, Coöperatie, activiteiten voor Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en eventuele bestuurlijke functies. Bron: NIVEL-registratie verloskundigen, resultaten peiling 2021.

²¹ Bijvoorbeeld het inleidingspercentage voor nulliparae vrouwen met een à terme eenlingzwangerschap met een kind in hoofdligging varieert tussen VSV's van 14% tot 42%.



Figuur 8. Slechts over vier onderwerpen hebben alle vier VSV's een protocol. *Het RdGG is aangesloten bij VSV Reinier, GHZ bij VSV In Zwang, Haga Zoetermeer bij VSV Zoetermeer en Alrijne bij VSV Leiderdorp. Bron: Openbaar gepubliceerde protocollen. Voor het VSV waarbij Franciscus Gasthuis is aangesloten waren geen protocollen openbaar beschikbaar. VSV Reinier heeft geen openbare protocollen, daarom hebben we de wel openbaar gepubliceerde integrale Haags-Delftse werkafspraken geanalyseerd. Deze gelden voor zowel RdGG, HMC en Haga Den Haag.

We zien ook dat deelname aan meer dan twee VSV's nauwelijks voorkomt in Nederland (zie Figuur 9). Het grootste deel (~80%) van de verloskundigenpraktijken in Nederland is slechts bij één VSV aangesloten en nagenoeg geen verloskundigenpraktijk bij drie VSV's.²²



Figuur 9. De meeste verloskundigenpraktijken in Nederland zijn slechts bij één VSV aangesloten. Bron: Zorginzicht.

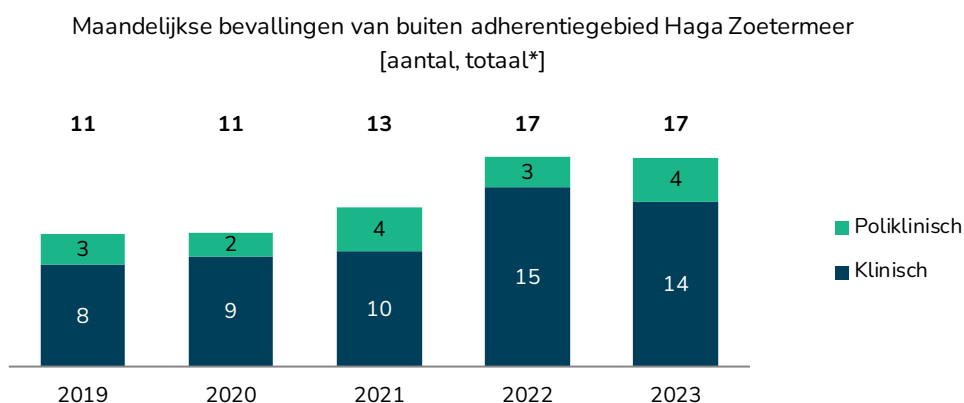
2.2 Verplaatsen vraag (bestuurlijk) commitment en forse inspanningen om de capaciteit elders te organiseren, en de netwerkzorg opnieuw in te richten

De invulling zoals in de vorige paragraaf beschreven vergt zorgvuldige systeemplanning. Het vraagt aanzienlijk (bestuurlijk) commitment en inspanningen van onder andere GHZ, RdGG en Alrijne en de zorgverzekeraars om de capaciteit in die ziekenhuizen te organiseren en om de netwerkzorg opnieuw in te richten. In deze paragraaf zetten we uiteen welke onderwerpen gepland en georganiseerd moeten worden.

²² 124 verloskundigenpraktijken vulden de vraag niet in. Voor een deel gaat dit om eenmanszaken, in sommige gevallen om grotere praktijken. Uit een willekeurige handmatige controle van twee praktijken die de vraag niet invulden bleek één wel onderdeel van een VSV en één niet. Onder 'vraag niet ingevuld' vallen ook praktijken die dus niet bij een VSV aangesloten zijn.

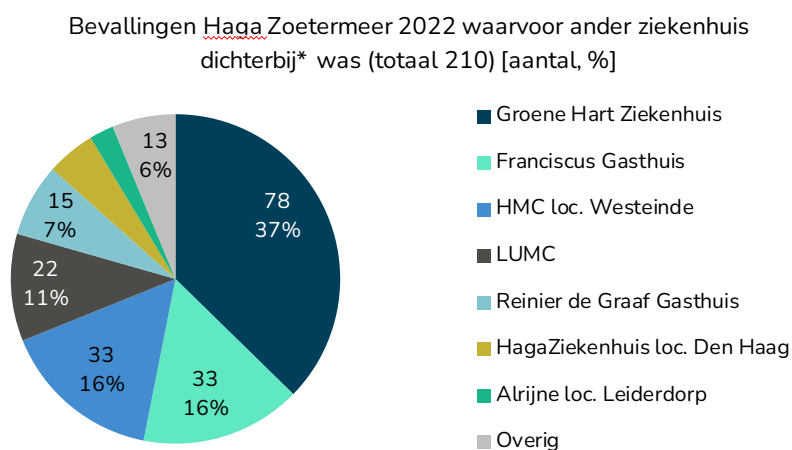
2.2.1 GHZ, RdGG en Alrijne moeten in staat zijn om de bevallingen van VSV Zoetermeer over te nemen

Er bestaat ongerustheid over of de andere ziekenhuizen in de regio voldoende capaciteit hebben om de bevallingen van Haga Zoetermeer over te nemen. Afgelopen jaren is Haga Zoetermeer een steeds belangrijkere overstromlocatie geworden in de regio. Het maandelijks aantal bevallingen van buiten het adherentiegebied nam sinds 2019 met ~50% toe van 11 naar 17 (zie Figuur 10).



Figuur 10. Sinds 2019 stijgt het aantal bevallingen per maand van buiten het adherentiegebied van Haga Zoetermeer. *Door afronding tellen aantallen niet altijd op tot het totaal. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023 en data Haga.

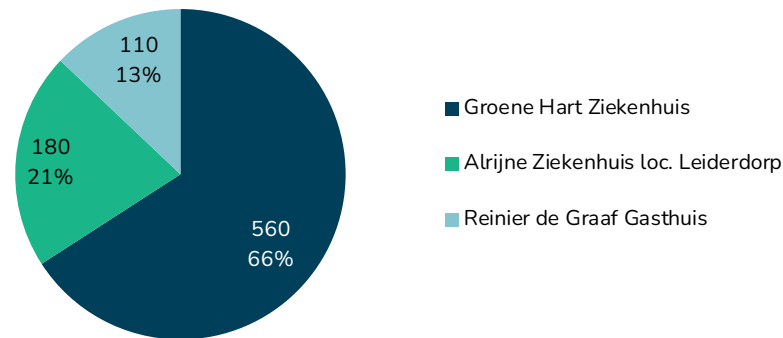
Ruim een derde van de overstrom in 2022 waren zwangeren die het dichtst bij GHZ wonen (zie Figuur 11). Bij ~80 bevallingen woonde de vrouw dicht bij GHZ dan bij Haga Zoetermeer. Bij ruim 30 bevallingen woonde de vrouw dicht bij het Franciscus Gasthuis en bij nog eens ~30 dicht bij het HMC. De reden voor deze overstrom is onbekend.



Figuur 11. Ruim een derde van de overstrom in 2022 waren zwangeren die het dichtst bij GHZ wonen. *Gebaseerd op reistijd tussen centra van pc4-gebieden voor een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming verkeer. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023 en data Haga.

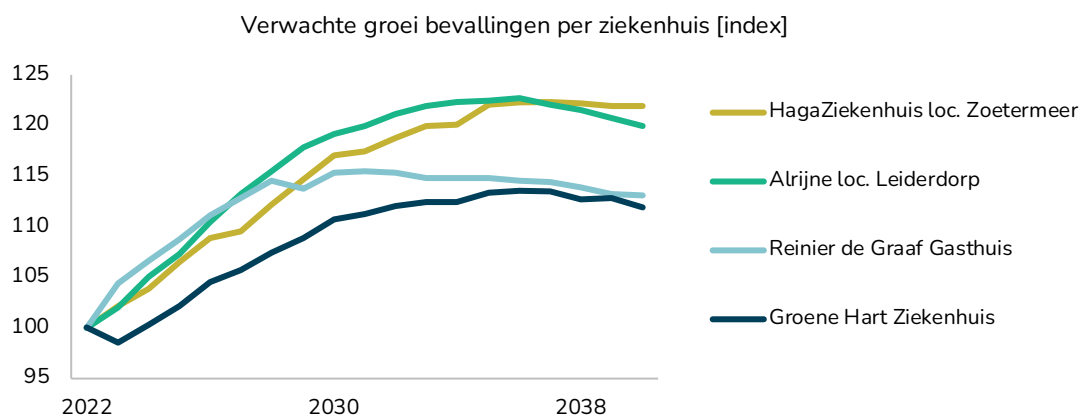
Het GHZ is juist een ziekenhuis dat een aanzienlijk deel van de bevallingen van VSV Zoetermeer zou moeten overnemen. Voor het merendeel (ongeveer twee derde) van de zwangeren uit het VSV Zoetermeer is GHZ het dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis (zie Figuur 12).

Verdeling bevallingen VSV Zoetermeer naar dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis, 2022 [aantal, %]



Figuur 12. In 2022 was GHZ het dichtstbijzijnde alternatieve ziekenhuis voor twee derde van de bevallingen uit VSV Zoetermeer. *Andere ziekenhuizen in de regio zijn niet meegenomen in de analyse. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga en website VSV Zoetermeer.

Alle ziekenhuizen in de regio krijgen richting 2030 te maken met behoorlijke demografische groei van het aantal bevallingen (zie Figuur 13). Het aantal bevallingen in Zoetermeer groeit ten opzichte van 2022 met 17% richting 2030. Dit betekent dat ziekenhuizen in de regio in 2030 ~1.300 bevallingen vanuit VSV Zoetermeer over moeten nemen. Zonder deze extra bevallingen uit Zoetermeer krijgen GHZ, RdGG en Alrijne ook al te maken met groei van het aantal bevallingen (zie Figuur 13). Deze drie ziekenhuizen moeten dus niet alleen hun eigen demografische groei opvangen, maar ook het toenemend aantal zwangeren uit VSV Zoetermeer.



Figuur 13. Het aantal bevallingen in Zoetermeer groeit ten opzichte van 2022 met 17% richting 2030. Het GHZ, RdGG en Alrijne krijgen zonder extra bevallingen al te maken met groei van respectievelijk 11%, 15% en 19% richting 2030. Bron: analyse SiRM op basis de regionale bevolkingsprognose van het CBS.

De verwachting is daarnaast dat 'Bevallingen elders' zorgt voor een **lichte toename in het aandeel poliklinische bevallingen** ten opzichte van het aandeel thuisbevallingen (zie Bijlage 2). De klankbordgroep verwacht op basis van grove schattingen dat het aantal poliklinische bevallingen met plaatsindicatie en op eigen verzoek netto licht zal stijgen richting 2030:

- Enerzijds verwachten zij minder thuisbevallingen doordat zwangeren door de toegenomen reistijd vaker poliklinisch willen bevallen en doordat eerstelijnsverloskundigen door de toegenomen reistijd vaker een plaatsindicatie afgeven.

- Anderzijds verwachten ze dat meer vrouwen ongepland thuis bevallen²³.

Overigens gaf een verloskundige uit een andere regio in het onderzoek van GGD Haaglanden aan dat het aantal thuisbevallingen na sluiting netto licht toenam.

Vrouwen met een medische zwangerschap²⁴ (~440 in 2022) moeten voor begeleiding van de zwangerschap, de bevalling en controles in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen. Hoewel alle ziekenhuizen in de ROAZ-regio voldoen aan de 45-minutennorm van het RIVM (zie §2.1.2), is namelijk in een studie uit 2011 een relatie geobserveerd tussen een reisafstand van langer dan 20 minuten en hogere morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind bij zwangeren met een medische zwangerschap.²⁵ Deze studie heeft wel enkele kanttekeningen. Ten eerste zijn er vanwege de observationele data geen causale conclusies mogelijk. Ten tweede nam de studie vrouwen die in een universitair medisch centrum (UMC) bevielen niet apart mee.²⁶ Na exclusie van deze groep was de relatie niet meer statistisch significant.

GHZ, RdGG en Alrijne geven aan dat zij er bij een keuze voor 'Bevallingen elders' voor zullen zorgen dat ze gezamenlijk de bevallingen uit VSV Zoetermeer overnemen. Ze benadrukken daarbij dat overname alleen haalbaar is indien financiering van zorgverzekeraars volgt, zowel voor de bevallingen als voor de begeleiding en controles en de te verwachten groei in neonatologie en kindergeneeskunde.

De ziekenhuizen maakten een grove inschatting van het maximaal aantal bevallingen dat zij over kunnen nemen. Zij gaven hierbij alle drie aan dat zij daarvoor extra personele, fysieke en materiële capaciteit (zoals CTG's) nodig hebben:

- Personele capaciteit gaat zowel om verlos- en verpleegkundigen als om gynaecologen en kinderartsen. Wat betreft klinisch verloskundigen hebben de ziekenhuizen samen meer fte nodig dan werkzaam in Haga Zoetermeer, ook als alle klinisch verloskundigen uit Haga Zoetermeer behouden blijven voor de tweedelijnsgeboortezorg. Voor (O&G-)verpleegkundigen geldt volgens de inschattingen van GHZ, RdGG en Alrijne dat het huidig aantal fte in Haga Zoetermeer voldoende is, ook als een deel daarvan vertrekt uit de (geboorte)zorg (zie §2.2.2). Het is daarbij onzeker of de som van de individuele keuzes van verlos- en verpleegkundigen voor een nieuwe werkgever, overeen komt met wat de ziekenhuizen nodig hebben om de bevallingen over te nemen.
- Het grootste deel van de extra fysieke capaciteit kunnen GHZ, RdGG en Alrijne creëren door aanpassing van bestaande bouw. Daar zijn (beperkte) verbouwkosten mee gemoeid. Deze aanpassingen leiden voor zwangeren mogelijk wel tot een minder positieve bevalervaring. Zowel voor GHZ als Alrijne betekent het namelijk dat kraamsuites (waarbij kind, vrouw en partner tijdens en bij de nacontroles op dezelfde kamer kunnen verblijven) omgebouwd worden tot verloskamers (eenpersoonskamers).

²³ Grove inschatting in afstemming met de externe klankbordgroep waarin eerstelijnsverloskundigen deelnamen.

²⁴ Zwangeren met begeleiding in de tweede lijn tijdens de zwangerschap.

²⁵ De studie gaat uit van de autoreistijd vanaf woonlocatie tot ziekenhuis. Er is geen rekening gehouden met de tijd tussen aankomst bij het ziekenhuis en start behandeling (*door-to-needle* tijd).

²⁶ Deze vrouwen hebben per definitie een meer risicovolle zwangerschap en UMC's zijn gemiddeld verder weg dan algemene of topklinische ziekenhuizen.

De ziekenhuizen schatten in dat overname binnen zes maanden (maar idealiter ten minste één jaar) mogelijk is. Het viel niet binnen de scope van het onderzoek om na te gaan of in deze inschattingen ook (voldoende) rekening is gehouden met de eigen demografische groei en de overloop vanuit andere ziekenhuizen/regio's (regio Amsterdam voor Alrijne en regio Woerden/Utrecht voor GHZ).

Bij minder dan zes maanden voorbereidingstijd hebben GHZ, RdGG en Alrijne samen onvoldoende capaciteit. Dit is een risico omdat de keuze voor de inrichtingsmogelijkheid 'Bevallingen elders' kan resulteren in een acute sluiting als tweedelijnszorgverleners op korte termijn vertrekken. Bij een keuze voor 'Bevallingen elders' moet de raad van bestuur van Haga goed anticiperen op dit risico.

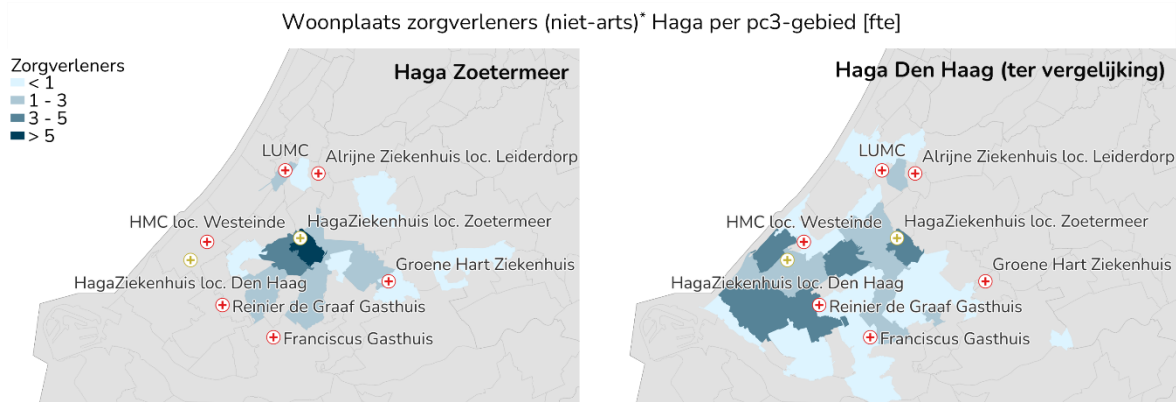
Niet alleen de ziekenhuizen waar structureel afspraken mee gemaakt worden, maar ook andere ziekenhuizen in de (ROAZ-)regio krijgen te maken met (beperkte) overname van bevallingen uit Zoetermeer. Voor deze ziekenhuizen is het ook van belang om hier in de contractering met de zorgverzekeraar rekening mee te houden. Overname door andere ziekenhuizen heeft de volgende oorzaken:

- Zwangeren hebben keuzevrijheid in waar zij willen bevallen. Deelname van de eerstelijns-verloskundigenpraktijken uit Zoetermeer in de VSV's van GHZ, RdGG en/of Alrijne betekent daarom niet dat alle zwangeren in die ziekenhuizen bevallen. De ervaring leert wel dat een groot deel van de vrouwen bevalt in het ziekenhuis dat bij hetzelfde VSV als de eerstelijnsverloskundigenpraktijk aangesloten is.
- De werkgebieden van de VSV's waarbij HMC en Franciscus zijn aangesloten overlappen deels met het adherentiegebied van Haga Zoetermeer. Ongeveer 60 zwangeren woonden in deze gebieden en bevielen in 2022 in Haga Zoetermeer. We verwachten dat bij een keuze voor 'Bevallingen elders' de bevallingen vanuit die gebieden naar HMC en Franciscus gaan.
- Omdat de totale capaciteit in de regio waarschijnlijk afneemt, kan er daarnaast een beperkte verschuiving van bevallingen ontstaan. GHZ, RdGG en Alrijne zullen vaker vol liggen. Zwangeren zullen daarom (noodgedwongen) uitwijken naar andere ziekenhuizen. Ook Haga Den Haag zal naar verwachting een deel van deze bevallingen ontvangen. Haga Den Haag heeft aangegeven deze bevallingen op te kunnen vangen.

2.2.2 Alles moet op alles gezet worden om geboortezorgverleners van Haga Zoetermeer te behouden voor de geboortezorg

Het is niet vanzelfsprekend dat geboortezorgverleners van Haga Zoetermeer zondermeer overgaan naar een ander ziekenhuis:

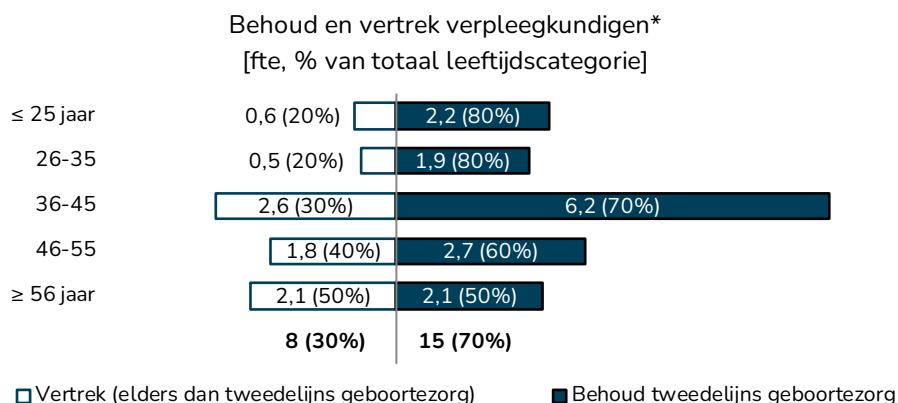
- Zij geven aan bewust te kiezen voor een kleinschalig ziekenhuis waar meer tijd is voor persoonlijke aandacht voor de zwangere. Ook de nauwe samenwerking en korte lijnen met collega's en de mogelijkheid om een breed takenpakket met veel zelfstandigheid te vervullen is voor hen erg belangrijk.
- We zien dat geboortezorgverleners van Haga Zoetermeer dicht bij het ziekenhuis wonen dan hun collega's van Haga Den Haag (zie Figuur 14). Zorgverleners van Haga Zoetermeer zijn gewend aan een relatief korte reistijd naar hun werk. De voorkeur voor korte woon-werkreistijd kan maken dat zij mogelijk niet in GHZ, RdGG en/of Alrijne willen werken.



Figuur 14. Verpleeg- en verloskundigen die werken bij Haga Zoetermeer lijken bewust te kiezen voor een dichtbij ziekenhuis. *Verloskundigen, (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden met vaste uren (in Haga Zoetermeer zijn geen verzorgenden werkzaam). Bron: analyse SiRM op basis van personeelsbestand Haga.

We verwachten op basis van interviews en bijeenkomsten dat bij sluiting van de geboortezorg in Zoetermeer (vooral) een deel van de O&G-verpleegkundigen de tweedelijsgeboortezorg verlaat. Daarnaast leidt Haga Zoetermeer ook obstetrie-verpleegkundigen op. Elk jaar ronden twee obstetrie-verpleegkundigen de opleiding af. Ook deze opleidingsplaatsen verdwijnen in Zoetermeer.

Op basis van interviews met zorgverleners van Haga Zoetermeer en met ziekenhuizen waar de geboortezorg recentelijk is gesloten, maakten we een grove schatting dat mogelijk ~8 fte van de ~23 fte verpleegkundigen elders gaat werken dan in de tweedelijsgeboortezorg (zie Figuur 15).



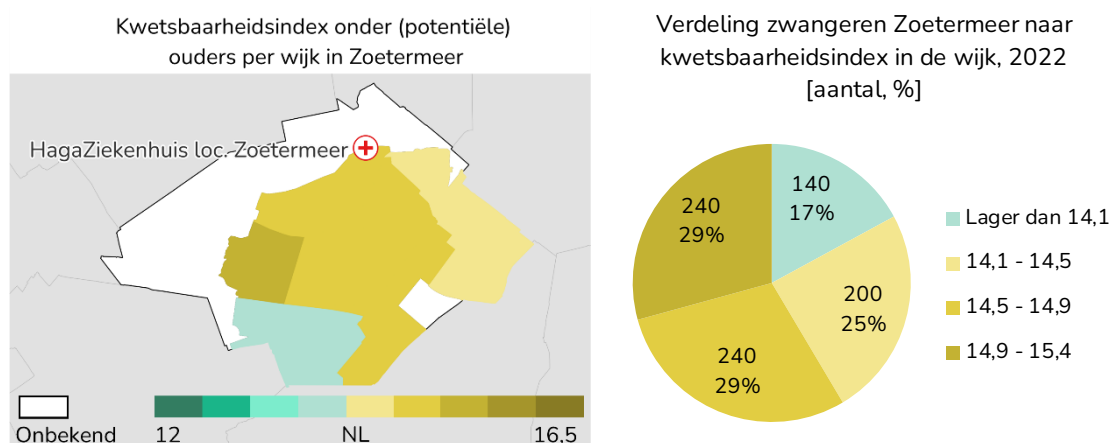
Figuur 15. Mogelijk gaat ~8 fte van de ~23 fte verpleegkundigen buiten de (tweedelijs)geboortezorg werken. *Percentages zijn grove schattingen op basis van de aanname dat lagere leeftijdscategorieën vaker bereid zijn een overstap te maken naar een ander ziekenhuis en daarmee werkzaam blijven in de tweedelijsgeboortezorg. Bron: analyse SiRM op basis van personeelsbestand Haga.

Om geboortezorgverleners te behouden voor de geboortezorg, gaven GHZ, RdGG en Alrijne aan dat ze hen baangarantie zouden willen bieden. Bij een keuze voor 'Bevallingen elders' kunnen zij overwegen om de zorgverleners nu alvast een contract aan te bieden, zodat zij zeker zijn van een baan nadat de sluiting van Haga Zoetermeer geëffectueerd is. Zo zou een acute sluiting van Haga Zoetermeer door voortijdig vertrek van zorgverleners voorkomen kunnen worden. In de overgangperiode – vóór de overheveling van geboortezorg vanuit Zoetermeer – kunnen zij dan mogelijk via detachering werken. Het feit dat drie ziekenhuizen nodig zijn om de bevallingen van

Haga Zoetermeer over te nemen maakt dit wel omslachtig. Het betekent ook dat een hecht team dat momenteel goed samenwerkt moet opsplitsen. Daarnaast moet verkend worden of GHZ, RdGG en Alrijne de (O&G-)opleidingsplekken in kunnen vullen.

2.2.3 Kwetsbare inwoners van Zoetermeer moeten kunnen rekenen op uitgebreide voorlichting en (financiële) ondersteuning

Vooraf in het centrum van Zoetermeer is het risico op kwetsbaarheid onder (potentiële) ouders²⁷ groot (zie Figuur 16 links). Kwetsbare inwoners hebben meer kans op slechtere gezondheidsuitkomsten, mede doordat zij minder middelen tot hun beschikking hebben en soms niet goed de Nederlandse en/of Engelse taal beheersen. Voor hen hebben de gevolgen van 'Bevallingen elders', zoals toegenomen reistijd en reiskosten en het verplaatsen naar een ziekenhuis waar zij niet bekend zijn een grotere impact. Bij sluiting van de geboortezorg in Haga Zoetermeer valt mogelijk de persoonlijke aandacht weg die het kleinschalige Haga Zoetermeer momenteel aan deze zwangeren biedt.²⁸ Ruim 80% procent van de Zoetermeerse zwangeren die in 2022 in Haga Zoetermeer bevielen, woonde in een wijk met een hogere kwetsbaarheidsindex dan het landelijk gemiddelde van 14,1 (zie Figuur 16 rechts).



Figuur 16. Vooraf in het centrum van Zoetermeer is het risico op kwetsbaarheid onder (potentiële) ouders²⁷ hoog (links). Ruim 80% van de Zoetermeerse zwangeren woonde in 2022 in een wijk met een hogere kwetsbaarheidsindex dan het landelijk gemiddelde van 14,1 (rechts). Bron: Kwetsbaarheid kansenkaart en data Haga.

Sluiting van de geboortezorg in Zoetermeer treft vooral de zwangeren met een medische zwangerschap die in het ziekenhuis begeleid worden. Reiskosten en reistijd nemen voor hen flink toe, zowel met de auto als met het ov (zie §2.1.2).²⁹ Ruim 40% procent van de Zoetermeerse zwangeren woonde in 2020 in een wijk waar het gemiddelde autobezit onder het landelijk gemiddelde van één ligt (zie Bijlage 2). Zij zijn veelal aangewezen op het ov en krijgen te maken met een fors langere reistijd. Deze loopt op tot bijna een uur voor RdGG en Alrijne. Huisartsen en

²⁷ De kwetsbaarheidsindex is gebaseerd op een statistisch model dat met geanonimiseerde data van het CBS het risico op kwetsbaarheid onder potentiële ouders voorspelt. Een hogere waarde komt overeen met een hoger risico. Factoren die onder andere zijn meegenomen zijn opleidingsniveau, migratieachtergrond en huishoudelijk inkomen.

²⁸ Dit hoorden we in interviews en bijeenkomsten en wordt ook genoemd in het onderzoek van GGD Haaglanden.

²⁹ De gemiddelde extra ov-reistijd voor zwangeren die in 2022 in Haga Zoetermeer bevielen en die in wijken met laag autobezit wonen (~350 in 2022) is 27 minuten naar GHZ, 40 minuten naar RdGG en 43 minuten naar Alrijne. Omdat het om de extra reistijd gaat hebben we de gemiddelde reistijd met ov naar Haga Zoetermeer van 17 minuten hiervan afgetrokken.

eerstelijnsverloskundigen in Zoetermeer zijn bang dat de toegenomen reistijd en reiskosten³⁰ (vooral bij kwetsbare zwangeren) tot zorgmijding kan leiden, met gevolgen voor de gezondheid van moeder en kind.³¹ Uitgebreide voorlichting en goede begeleiding kan helpen om dit (gedeeltelijk) te voorkomen.

Bij keuze voor 'Bevallingen elders' moeten alle zwangeren en hun naasten in Zoetermeer goed geïnformeerd worden over wat dit voor hen betekent. Eerstelijnsverloskundigen en huisartsen spelen hierbij een belangrijke rol. Vooral de groep zwangeren met een medische zwangerschap dient voor begeleiding al naar het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis verwezen te worden (zie §2.1.2). Voor hen moet ook verkend worden of en hoe zij gecompenseerd kunnen worden voor de extra reis- en parkeerkosten. De gemeente Zoetermeer kan hier een belangrijke rol in spelen.

Ten slotte zijn er jaarlijks 100 tot 200 extra (ten opzichte van de huidige ~25) zwangeren die bij de bevalling met de ambulance naar het ziekenhuis gaan. Omdat ziekenvervoer per ambulance meetelt voor het eigen risico leidt dit mogelijk tot extra kosten voor de patiënt. Omdat een klinische bevalling op indicatie van een (eerstelijns)verloskundige, huisarts of een andere geldige verwijzer niet meetelt voor het eigen risico, hebben deze vrouwen het eigen risico nog niet altijd al volledig betaald.

2.2.4 Verplaatsen van bevallingen vraagt om het opzetten van nieuwe verwijslijnen in de regio en om versterking van de eerstelijnsverloskunde

Opzetten van nieuwe verwijslijnen

Als de bevallingen in GHZ, RdGG en Alrijne plaatsvinden, is het van belang dat eerstelijnsverloskundigenpraktijken de mogelijkheid hebben om zich aan te sluiten bij deze VSV's. Aansluiten bij alle drie de VSV's is niet haalbaar (§2.1.3). Eerstelijnsverloskundigen uit de klankbordgroep geven aan dat het voor hen belangrijk is om zich aan te sluiten bij één en hetzelfde VSV of eventueel twee dezelfde VSV's. Op deze manier kunnen zij de huidige samenwerking tussen de eerstelijnsverloskundigenpraktijken in Zoetermeer het beste behouden. Dit is bijvoorbeeld belangrijk voor het organiseren van een gezamenlijke achterwacht. Omdat drie ziekenhuizen nodig zijn om alle bevallingen van Haga Zoetermeer over te kunnen nemen, zal dit in de praktijk lastig zijn en zullen de eerstelijnsverloskundigenpraktijken moeten kiezen bij welke VSV('s) zij zich aansluiten. Met ziekenhuizen die bij een ander VSV zijn aangesloten dan de eerstelijnsverloskundigenpraktijk dienen goede afspraken gemaakt te worden over capaciteit voor de bevallingen uit VSV Zoetermeer. Een mogelijkheid hierbij is dat praktijken meelezend lid worden van deze VSV's.

De eerstelijnsverloskundigen hebben de afgelopen jaren, samen met de zorgverleners uit Haga Zoetermeer, hard gewerkt aan een goede samenwerking, onderling vertrouwen en gedragen afspraken. In VSV Zoetermeer zijn voor veel verschillende onderwerpen werkafspraken gemaakt (Figuur 8), die vaak betekenen dat vrouwen (langer) in de eerste lijn kunnen blijven. Deze

³⁰ De reiskosten met de auto en de reiskosten, looptijd en het aantal overstappen met het ov naar de ziekenhuizen in de regio zijn opgenomen in Bijlage 2.

³¹ Bijvoorbeeld bij het voelen van minder leven van de baby in de buik, gaan zwangeren misschien minder snel voor controle naar het ziekenhuis vanwege de extra reiskosten. Ook gaven kwetsbare zwangeren in interviews aan dat door de toegenomen reisafstand het moeilijker kan zijn om oppas voor hun andere kinderen te vinden.

vertrouwensband moet opnieuw worden opgebouwd in een nieuw VSV. Ook moeten de eerstelijnsverloskundigen gaan werken volgens de werkafspraken uit een ander VSV, waaraan zij niet hebben bijgedragen in de totstandkoming.

Eerstelijnsverloskundigen geven aan dat het opheffen van het kleinschalige VSV Zoetermeer hen erg aan het hart gaat. Zij hebben de afgelopen jaren met een relatief kleine groep geboortezorgverleners intensief samengewerkt om werkafspraken op te stellen, onder andere om de juiste zorg op de juiste plek te bewerkstelligen. Zij verwachten veel stress te ervaren en veel tijd kwijt te zijn aan het presenteren van bevallingen in drie ziekenhuizen (waar in de huidige situatie al niet altijd voldoende capaciteit is). Een goed functionerend dashboard waarin *real-time* de beschikbaarheid van bevalkamers in de regio te vinden is, kan de tijd die verloskundigen hieraan moeten besteden terugdringen.

Versterking van de eerstelijnsverloskunde

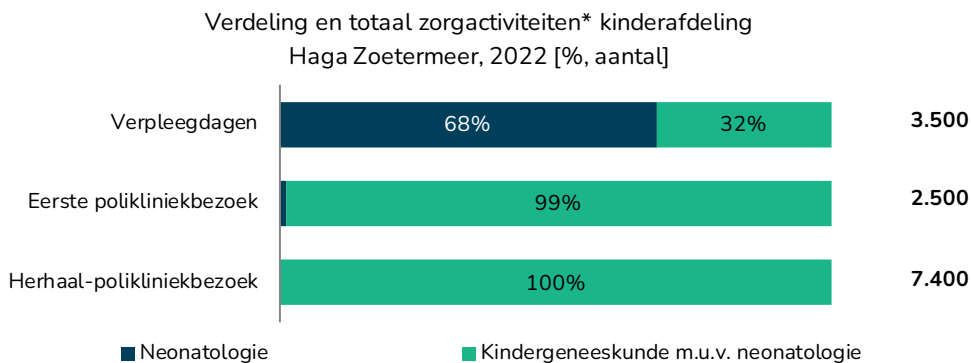
We verwachten dat – door extra reistijd en vaker buiten het werkgebied zijn – versterking van ~1 fte aan eerstelijnsverloskundigen nodig is. Gemiddeld stijgt de reistijd vanuit omgeving Zoetermeer naar elders in de regio met 13 minuten (26 minuten heen en terug). Er zijn ~550 zwangeren waarvoor de baring in de eerste lijn (thuis/poliklinisch) begint maar niet thuis eindigt. Dit zijn de zwangeren met wie de eerstelijnsverloskundige – voor wie de extra reistijd geldt – meegaat naar het ziekenhuis. Daarnaast verwachten eerstelijnsverloskundigen dat zij vrouwen ongeveer 3 uur eerder zullen insturen om te anticiperen op de toegenomen reisafstand naar GHZ, RdGG of Alrijne. In deze gevallen zijn zij dus langer betrokken bij de bevalling. We gaan ervan uit dat dit gaat om alle poliklinische bevallingen (momenteel ~250 in Haga Zoetermeer) en de helft van de bevallingen die tijdens de bevalling medisch worden (~150).

Ook is een gezamenlijke achterwacht in de ANW-uren nodig voor wanneer de eerstelijnsverloskundige ergens anders in de regio in een ziekenhuis is. Momenteel organiseren de drie grote verloskundigenpraktijken uit Zoetermeer de achterwacht door de dienstdoende van een andere praktijk in te schakelen als zij zelf al bij een bevalling zijn. Omdat zij bij 'Bevallingen elders' vaker buiten de regio zijn, groeit de kans dat de dienstdoenden van alle drie de praktijken bezet zijn, en dat zij beroep moeten doen op een extra gezamenlijke achterwacht. Uit interviews begrijpen we dat bij het sluiten van de geboortezorg op locatie Vlietland na de fusie van het Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis, een extra achterwacht is betaald vanuit het gefuseerde ziekenhuis. Omdat bij sluiting van de geboortezorg in Haga Zoetermeer de bevallingen niet overgaan naar Haga Den Haag, is financiering van een achterwacht vanuit het Haga onlogisch omdat de zwangeren niet in dat ziekenhuis zullen bevallen. De zorgverzekeraar zou wel een rol kunnen spelen in de financiering.

2.2.5 Ook voor verplaatsing van klinische kindergeneeskunde (effect van wegvallen bevallingen) is zorgvuldige systeemplanning nodig

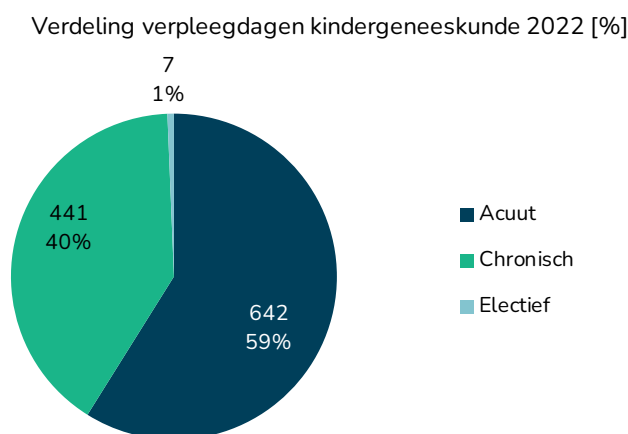
'Bevallingen elders' betekent ook het wegvallen van de neonatologie, waardoor de overige klinische kindergeneeskunde waarschijnlijk ook niet beschikbaar kan blijven. Aangezien neonaten een substantieel deel van de patiënten in de kliniek vormen, verwachten kinderartsen dat de kliniek zal moeten sluiten en alleen de polikliniek en dagbehandeling openblijft. Dit blijkt ook uit

eerder onderzoek naar cascade-effecten.³² De neonatologie betreft met ~2.400 verpleegdagen een groot deel (~68%) van de zorg in de kliniek (zie Figuur 17). Ook de inkomsten van de klinische zorgtrajecten komen voor ~65% uit de neonatologie (zie Bijlage 2).



Figuur 17. Bij 'Bevallingen elders' kan de klinische kindergeneeskunde waarschijnlijk niet beschikbaar blijven door het wegvallen van de neonatologie. *Eerste polikliniekbezoeken en herhaal-polikliniekbezoeken zijn inclusief belconsulten, schriftelijke consultaties en *screen-to-screen* consulten. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga.

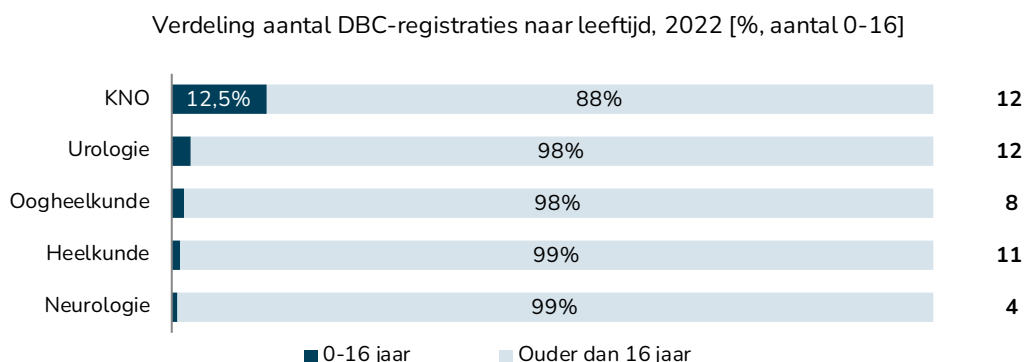
Wanneer opnames op de kinderafdeling niet meer mogelijk zijn treft dit vooral acute zorgvragen. Ongeveer 60% van de verpleegdagen op de kinderafdeling betreft acute diagnoses (zie Figuur 18). Iets meer dan de helft van deze verpleegdagen bij acute opnames is voor onderste luchtweginfectie, gastro-enteritis en RSV-bronchiolitis. Bij deze acute diagnoses geldt volgens de huisartsen uit de klankbordgroep dat de situatie bij een kind vaak lastig in te schatten is en acuut kan verslechteren. Als in Haga Zoetermeer in de ANW-uren geen kinderarts meer beschikbaar is die het kind kan onderzoeken, moet de huisartsenpost verwijzen naar een ziekenhuis in de regio voor spoedeisende kindergeneeskunde. Daarbij geven huisartsen aan dat het belangrijk is om hiervoor laagdrempelig een ambulance aan te kunnen vragen. Goede afspraken met RAV Haaglanden en omliggende ziekenhuizen over de omgang met deze acute situaties bij kinderen zijn hierbij belangrijk.



Figuur 18. Ongeveer 60% procent van de verpleegdagen op de kinderafdeling betreft acute diagnoses. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga en SiRM-LOGEX indeling diagnoses.

³² Zie ook KPMG (2018), Cascade-effecten bij concentratie spoedzorg in beeld. KPMG beschrijft dat concentratie van de geboortezorg leidt tot een substantiële volumedaling bij de kindergeneeskunde waardoor de klinisch kindergeneeskunde mogelijk niet beschikbaar kan blijven.

Ook kinderen die onder behandeling zijn van andere medisch specialismes kunnen worden opgenomen op de kinderafdeling. Als de kliniek van de kindergeneeskunde in Zoetermeer sluit treft dit voornamelijk keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) waarvoor ~12,5% van alle opnames voor 0- tot 16-jarigen zijn (zie Figuur 19). Voor andere specialismen is het effect klein (1-2% van opnames betreft 0- tot 16-jarigen). Mochten de KNO-opnames het gevolg zijn van ingrepen met een hoog risico op een opname, dan kunnen deze ingrepen mogelijk niet meer plaatsvinden in Haga Zoetermeer.



Figuur 19. Het wegvallen van de klinische kinderafdeling treft vooral de KNO. Ongeveer 12,5% van de KNO-opnames betreft 0- tot 16-jarigen. Bron analyse SiRM op basis van DHD-data Haga.

Ten slotte is de verwachting dat de (poliklinische) zorgvraag voor kinderen afneemt omdat ouders niet naar locatie Zoetermeer komen voor toekomstige zorgvragen van hun kinderen wanneer zij in een ander ziekenhuis geboren zijn. KPMG schatte in haar rapport in 2018 op basis van enkele sluitingen van geboortezorg bij ziekenhuizen een totale omzetsdaling van ~53% voor de kindergeneeskunde door het sluiten van de geboortezorg.

2.2.6 Verplaatsen van bevallingen vraagt nauwelijks om extra capaciteit ambulancezorg, maar capaciteit lijkt wel al onder druk te staan in de regio

Als ambulances voor de geboortezorg niet meer naar Haga Zoetermeer kunnen, zullen ambulanceritten langer duren. Een rit naar GHZ in plaats van Haga Zoetermeer leidt bijvoorbeeld gemiddeld tot 9 minuten langere vervoertijd voor inwoners van Zoetermeer voor A1-ritten en 12 minuten voor overige ritten.³³

Er zijn nu jaarlijks ~25 ambulanceritten voor geboortezorgpatiënten. Eerstelijnsverloskundigen uit de klankbordgroep verwachten jaarlijks 100 tot 200 extra ambulanceritten als bevallingen elders in de regio plaatsvinden. Gezien het totaal aantal A1-ritten per jaar door RAV Haaglanden (~55 duizend in 2022) betreft dit in relatieve termen nauwelijks extra capaciteit ambulancezorg (minder dan 1%). Daarnaast rijdt RAV Haaglanden bij niet vorderende uitdrijving bij de bevalling soms met een A2-urgentie. Ten opzichte van het totaal aantal A1- én A2-ritten (in 2022 samen ~88 duizend) is het effect van de stijging in ambulanceritten voor de geboortezorg in de regio dus nog kleiner. RAV Haaglanden concludeert in hun eigen impactanalyse ook dat een sluiting van de

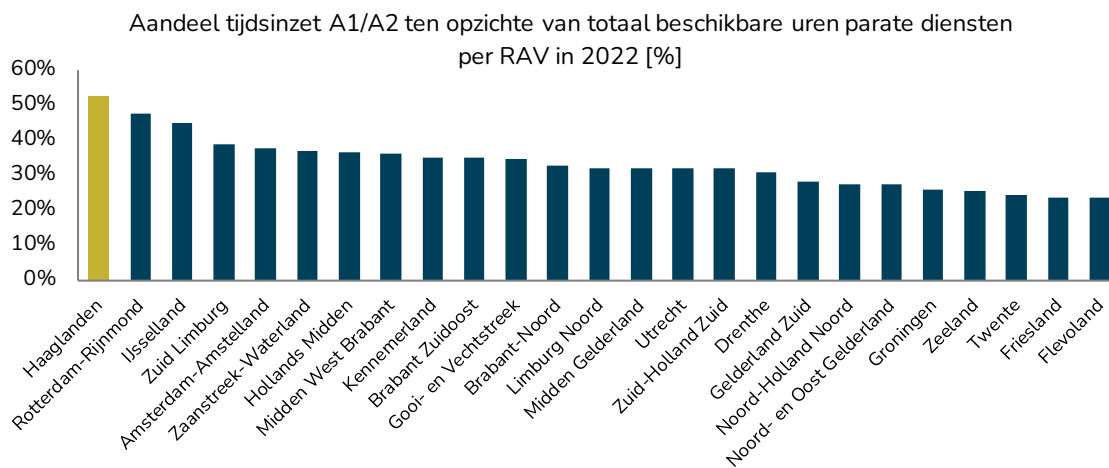
³³ RAV Haaglanden (2023), Impactanalyse sluiting geboortezorg Zoetermeer. Vertrouwelijk met SiRM gedeeld.

geboortezorg in Zoetermeer naar verwachting geen merkbaar effect zal hebben op het primair proces van RAV Haaglanden.³⁴

Wel hebben deze extra ambulanceritten mogelijk financiële gevolgen voor zwangeren als de ambulancerit betaald wordt uit het eigen risico (zie §2.2.3).

Ook leidt het wegvallen van de spoedeisende kindergeneeskunde in ANW-uren mogelijk tot een stijging van de vraag naar ambulancezorg (zie §2.2.5). Het viel niet binnen de scope van dit onderzoek om een inschatting te maken van dit effect.

Hoewel er dus beperkte extra capaciteit van de ambulancezorg nodig is, is de druk bij RAV Haaglanden nu wel al hoog ten opzichte van andere RAV's. Hierdoor bestaan er zorgen over tijdige beschikbaarheid van ambulances voor de geboortezorg. We zien dat ambulances van RAV Haaglanden al voor een relatief groot deel van de tijd bezet zijn. De tijdsinzet voor A1- en A2-ritten ten opzichte van het totaal aantal beschikbare uren van parate diensten ligt voor RAV Haaglanden hoger dan voor andere RAV's (zie Figuur 20).



Figuur 20. Het aandeel van de tijd dat ambulances bezet zijn ten opzichte van de totaal beschikbare uren parate diensten ligt in RAV Haaglanden relatief hoog. Bron: analyse SiRM op basis van Sectorkompas AZN 2022.

³⁴ Zij onderzoeken in de impactanalyse echter alleen de impact van een langere ritduur en een groter beroep op interklinisch vervoer, maar niet een algehele stijging van het aantal ambulanceritten voor geboortezorgpatiënten in regio Zoetermeer.

3 Uitbreiding vraagt om vertrouwen en investering in Haga Zoetermeer

Voor een toekomstbestendige invulling van 'Uitbreiding bevallingen' is een stijging van het aantal bevallingen nodig om doelmatig te kunnen werken en blijft Haga Zoetermeer een basisziekenhuis (§3.1). Een keuze voor deze inrichtingsmogelijkheid vraagt om commitment van zorgverzekeraars en medisch specialisten en om het verbeteren van de positionering van Haga Zoetermeer om marktaandeel te vergroten (§3.2). De grootste onzekerheid hierbij is of Haga Zoetermeer het tij weet te keren na jarenlange (financiële) problemen. Daarnaast is het onzeker of de medisch specialisten uit Haga Den Haag de verschillen in werkwijze tussen de locaties kunnen accepteren.

We starten dit hoofdstuk met de manier waarop wij de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' invullen zodat deze tot toekomstbestendige geboortezorg leidt voor de inwoners van Zoetermeer (§3.1). In §3.2 lichten we toe dat vertrouwen en investering in Haga Zoetermeer nodig is om deze inrichtingsmogelijkheid succesvol te implementeren.

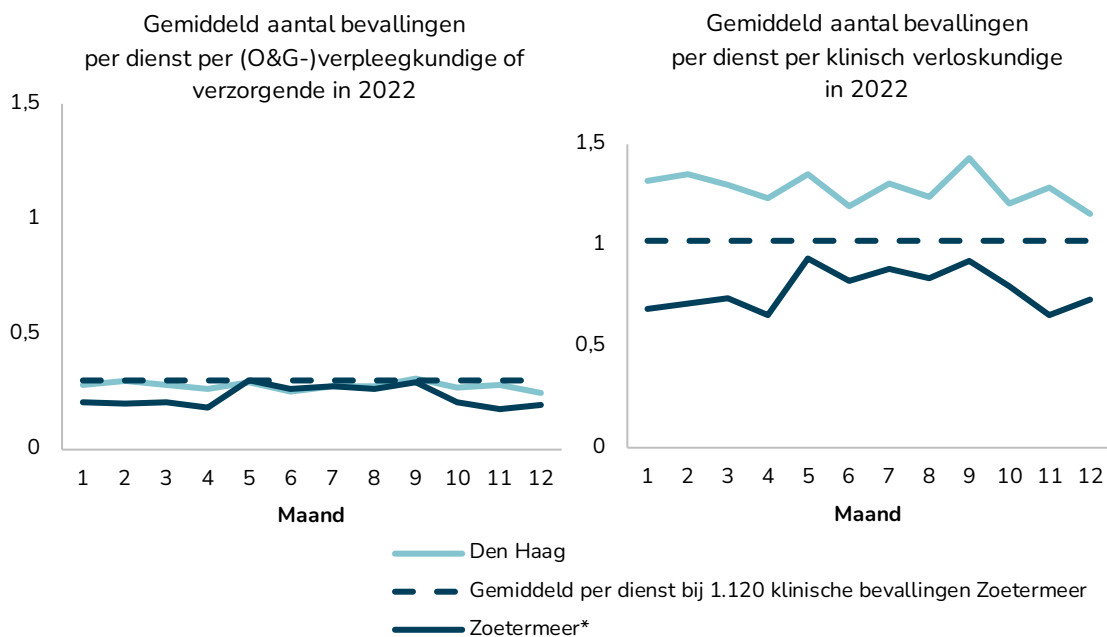
3.1 Voor een toekomstbestendige invulling van 'Uitbreiding bevallingen' zijn meer bevallingen en een basisziekenhuis in Zoetermeer nodig

In deze inrichtingsmogelijkheid trekt Haga Zoetermeer meer bevallingen aan om ervoor te zorgen dat tweedelijnsgeboortezorgverleners doelmatig kunnen werken (§3.1.1). Hiervoor vindt nieuwbouw plaats met bevalkamers die voldoen aan de huidige verwachtingen van zwangeren. Daarnaast zijn de randvoorwaarden voor het leveren van veilige geboortezorg op orde (§3.1.2). Hiervoor is nodig dat Haga Zoetermeer een basisziekenhuis blijft, zodat de 24/7 aanwezigheid en/of bereikbaarheid van aanpalende medisch specialisten (intensivist, anesthesist, OK-team, interventieradioloog, et cetera) haalbaar is (§3.1.3).

3.1.1 Haga Zoetermeer trekt meer bevallingen aan om doelmatig te kunnen werken

Om de verloskunde in Haga Zoetermeer doelmatig te kunnen organiseren moet het aantal bevallingen per dienst omhoog. De kosten van de verloskunde in Zoetermeer zijn op dit moment namelijk hoger dan de inkomsten. Bij meer bevallingen kunnen zorgverleners optimaler benut worden en stijgen de inkomsten. Hierdoor kan de verloskunde op zijn minst kostenneutraal georganiseerd worden. We verwachten dat 1.100 tot 1.300 klinische bevallingen per jaar nodig zijn om doelmatig te kunnen werken.

Als we uitgaan van de bezetting en de verdeling van de bevallingen over het jaar in 2022, hadden verlos- en verpleegkundigen in Haga Zoetermeer met dezelfde personele capaciteit 1.120 klinische bevallingen kunnen doen. Het gemiddeld aantal bevallingen – oftewel de drukte – per dienst is in dat geval voor (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden vergelijkbaar met Haga Den Haag (Figuur 21 links). Voor klinisch verloskundigen ligt het gemiddeld aantal bevallingen per dienst bij 1.120 klinische bevallingen onder het gemiddelde van Haga Den Haag (Figuur 21 rechts).



Figuur 21. Met de bezetting van 2022 zouden verlos- en (O&G-)verpleegkundigen in Haga Zoetermeer ook ~1.120 klinische bevallingen in een jaar kunnen doen. *(O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden verlenen niet alleen verpleging bij de bevalling, maar ook in de kraamtijd in het ziekenhuis. Daarbij doen O&G-verpleegkundigen in Zoetermeer in de avonden en weekenden ook de schoonmaak na bevallingen. In Den Haag is hier altijd een schoonmaakdienst voor. Bron: analyse SiRM op basis van data en dienstprofielen Haga.

In Haga Zoetermeer zijn geen verzorgenden werkzaam, in Haga Den Haag wel. Voor de verpleegkundigen en verzorgenden betreft het gemiddeld aantal bevallingen zowel klinische bevallingen als poliklinische bevallingen met plaatsindicatie omdat zij hierbij partusassistentie verlenen. Vooral in de wintermaanden ligt het gemiddeld aantal bevallingen per dienst voor (O&G-)verpleegkundigen in Haga Zoetermeer momenteel onder dat van Den Haag. Als verpleegkundigen in Haga Zoetermeer het hele jaar gemiddeld evenveel bevallingen per dienst zouden doen als in mei 2022 (het maximum in 2022), zouden ze in een jaar 1.120 bevallingen kunnen doen. We gaan er daarbij vanuit dat het aandeel poliklinische bevallingen met plaatsindicatie gelijk blijft.

Om voldoende inkomsten te genereren om de kosten van de verloskunde in Haga Zoetermeer te dekken zijn 1.100 tot 1.300 klinische bevallingen per jaar nodig, in plaats van de ~860 klinische bevallingen in 2022 (zie Figuur 22). We gaan daarbij tot 1.120 bevallingen uit van een vaste kostenbasis. Deze vaste kostenbasis berekenen we op twee manieren:

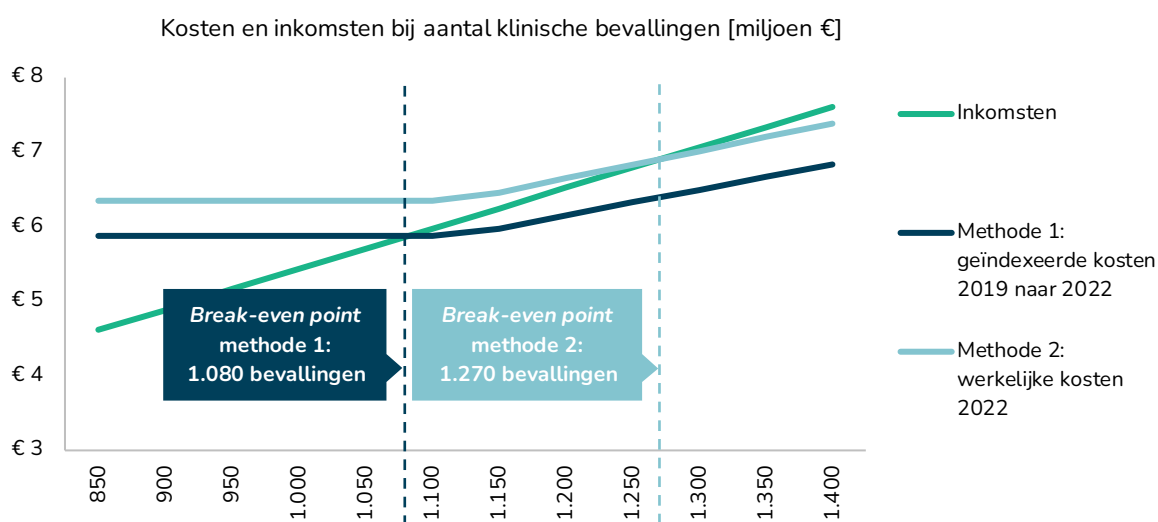
- In **methode 1** (kosten €5,3 miljoen) gaan we uit van naar 2022 geïndexeerde kostprijzen van 2019, op basis van de prijsindexcijfers voor de tarieven voor de medisch-specialistische zorg van de NZa.
- In **methode 2** (kosten €5,8 miljoen) gaan we uit van de werkelijke kostprijzen in 2022.

Voor zowel methode 1 als 2 tellen we daarbij de meerkosten van de invulling van 'Uitbreiding bevallingen' ten opzichte van de inrichting in 2022 op. De meerkosten betreffen de 24/7 aanwezigheid van een gynaecoloog en komen op ~€5 ton. We lichten deze meerkosten verder toe in §3.1.3.

Vanaf 1.120 bevallingen gaan we uit van de volgende aannames:

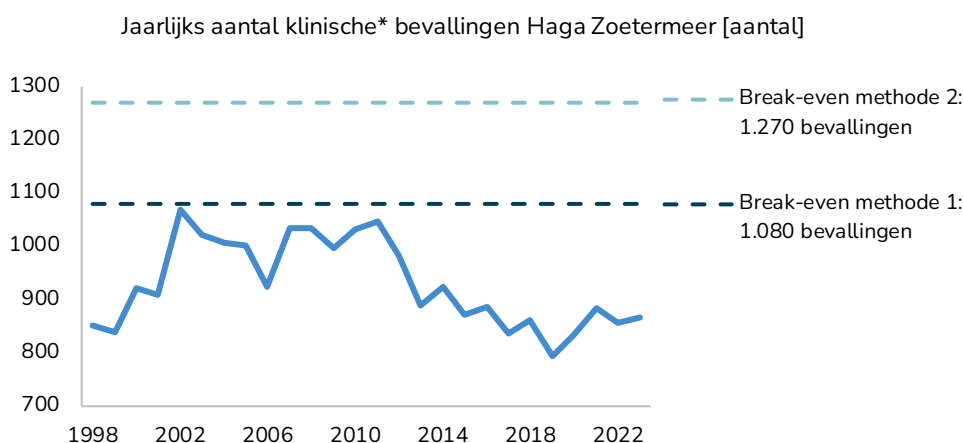
- De personeelskosten (exclusief bijdrage van het medisch specialistisch coöperatief (MSC)) stijgen gedeeltelijk mee met het aantal bevallingen. Ze stijgen gedeeltelijk mee omdat we verwachten dat klinisch verloskundigen met een hoger aantal bevallingen doelmatiger ingezet kunnen worden (zie Figuur 21). Bovendien is het mogelijk om verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk in te zetten voor taken passend bij hun opleiding en werkervaring, en niet voor bijvoorbeeld schoonmaakwerkzaamheden. Hierdoor verwachten we dat personeelskosten afnemen. We gebruiken Haga Den Haag – waar de gemiddelde personeelskosten per bevalling lager zijn – als vergelijking.
- Het honorarium van het MSC blijft gelijk omdat we de meerkosten van de invulling van 'Uitbreiding bevallingen' al hebben opgeteld bij de kosten uit 2022 (zie hierboven). Deze meerkosten zijn het gevolg van 24/7 aanwezigheid van de gynaecoloog. We gaan ervan uit dat gegeven deze aanwezigheid ook een hoger aantal bevallingen mogelijk is.
- De overige kosten (alle directe en indirecte kosten met uitzondering van personeel en MSC-bijdrage) blijven gelijk aan ~40% van de totale kosten.

De onderliggende aannames zijn te vinden in Bijlage 1. Voor de inkomsten (€4,7 miljoen in 2022) nemen we aan dat deze naar rato van het aantal bevallingen meestijgen.



Figuur 22. Om voldoende inkomsten te genereren voor het dekken van kosten zijn ~1.100 tot ~1.300 klinische bevallingen per jaar nodig, in plaats van ~860 in 2022. Bron: analyse SiRM op basis van financiële data Haga.

In 2011 werd het *break-even point* van 1.080 (methode 1) voor het laatst bijna nog gehaald. Er bevielen toen ~1.050 vrouwen klinisch in Zoetermeer (zie Figuur 23).



Figuur 23. In 2011 werd het *break-even point* van 1.080 voor het laatst bijna nog gehaald. *Voor de jaren 1998 t/m 2018 hebben we alleen het totaal aantal bevallingen (klinisch en poliklinisch). Om klinische bevallingen te schatten vermenigvuldigen we dit met het gemiddelde aandeel klinische bevallingen in 2019 t/m 2023. Bron: cijfers afdeling verloskunde (1998 t/m 2018 en 2023) en productiedata Haga Zoetermeer (2019 t/m 2022).

Het *break-even point* van 1.270 (methode 2) werd niet eerder gehaald. Betrokkenen verwachten dat nieuwbouw hiervoor essentieel is, met faciliteiten die voldoen aan de huidige verwachtingen van zwangeren:

- Moderne kraamsuites met meer privacy, waarbij moeder, kind en partner tijdens en bij de nacontroles op dezelfde kamer kunnen (ver)blijven.
- Uitbreiding van zorgaanbod zoals andere vormen van pijnbestrijding (lachgas, steriele water injectie, of niet medicamenteuze pijnbestrijding zoals een *virtual reality* bril) of kamers met een (vast) bevalbad. Dit kan Zoetermeer ook ten opzichte van de ziekenhuizen in de regio extra aantrekkelijk maken. Tot nu toe lijkt bijvoorbeeld alleen het HMC een optie voor pijnbestrijding met lachgas te hebben.
- Eventueel een verloskamer tot ander grondgebied te verklaren, waardoor een andere geboorteplaats op het paspoort van de baby komt te staan. Eerder had Ziekenhuis Amstelland hier plannen voor met Amsterdams in plaats van Amstelveens grondgebied. Het is onbekend of soortgelijke initiatieven bij andere ziekenhuizen uiteindelijk doorgevoerd zijn.

Ook kan het verbeteren van de bereikbaarheid van Haga Zoetermeer bijdragen. Hier kan de gemeente Zoetermeer een rol in spelen, bijvoorbeeld door met het vervoersbedrijf in overleg te gaan over een extra halte voor de RandstadRail.

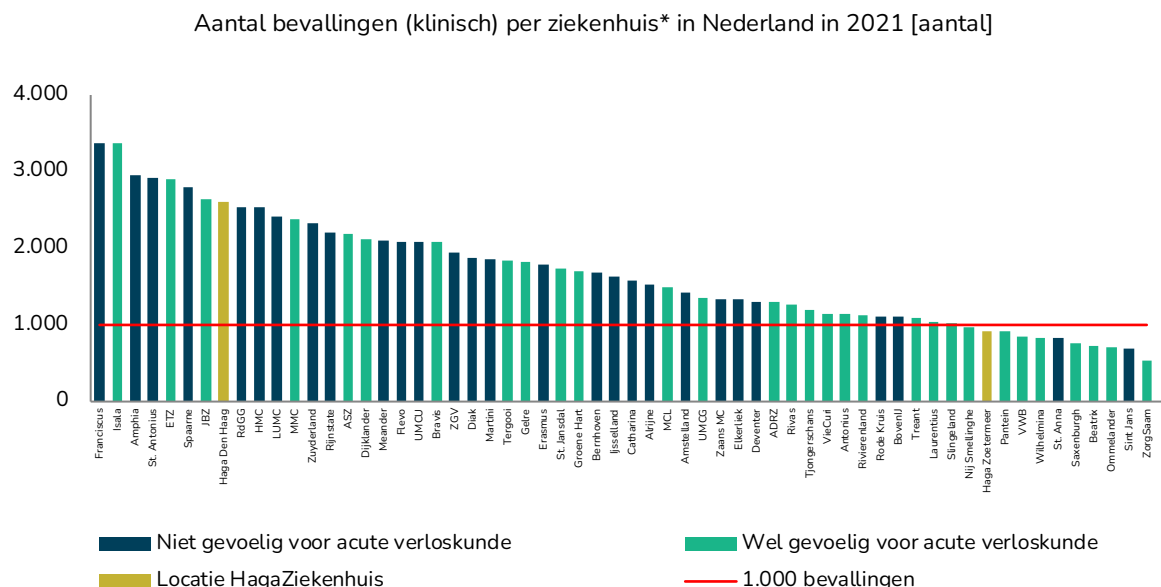
3.1.2 De randvoorwaarden voor het leveren van veilige geboortezorg zijn op orde

De visitatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) concludeerde in december 2021 dat de kwaliteit van de geboortezorg op locatie Zoetermeer goed is. De verleende verloskundige zorg voldoet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden en alle normen die essentieel zijn voor de geboortezorg scoorde de visitatiecommissie als goed.³⁵ Ook

³⁵ Zoals patiëntveiligheid, functioneren van het VSV, samenwerking met de eerste lijn voor directe patiëntenzorg, overleg en consultatie van de verpleegkundigen, verloskundige en arts-assistenten met de gynaecologen.

scoorde Haga Zoetermeer goed of voldoende op alle overige kwaliteitsnormen breder dan de geboortezorg.

Er bestaat geen landelijke volumenor voor het aantal klinische bevallen per jaar. In 2015 gaf de Expertgroep spoedindicatoren van het Zorginstituut geen advies over een volumenor omdat wetenschappelijke evidentie voor een minimumaantal ontbreekt.³⁶ Het is niet aannemelijk dat volume-eisen de komende jaren verscherpen omdat 11 (waarvan 3 niet-gevoelige³⁷) ziekenhuizen in Nederland jaarlijks minder dan duizend klinische bevallingen doen (zie Figuur 24).



Figuur 24. In 2021 deden elf (waarvan drie niet-gevoelige) ziekenhuizen in Nederland minder dan duizend klinische bevallingen. *Voor het OLVG, AMC, Noordwest Ziekenhuis en Maastricht UMC+ zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal bevallingen per locatie. Bron: Zorginzicht 2021, website Santeon en bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde RIVM 2023.

Per december 2023 is de IC van Haga Zoetermeer omgevormd tot een HC-afdeling die onderdeel is van een IC-netwerk conform landelijke normen. Bij de overgang naar de HC is afgesproken dat het Spoed Interventie Team (SIT) niet meer onder leiding van een 24/7 aanwezige intensivist komt te staan. Hoewel in de richtlijn wordt aanbevolen om het SIT onder leiding van een intensivist te organiseren, is dat volgens de richtlijn geen verplichting aangezien een intensivist niet altijd in elk ziekenhuis en/of op elk tijdstip aanwezig is.³⁸ In principe volstaat daarom de beoogde samenstelling van het SIT in Haga Zoetermeer:

- Het SIT onder leiding van een 24/7 aanwezige gekwalificeerde A(N)IOS.
- Een intensivist 24/7 telefonische bereikbaar en fysiek beschikbaar binnen 60 minuten.
- Een SEH-arts en anesthesioloog respectievelijk overdag en 's nachts aanwezig en verantwoordelijk voor stabilisatie.

³⁶ Zorginstituut (2015) Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties.

³⁷ Gevoelig voor acute verloskunde betekent dat sluiting van de acute verloskunde van het betreffende ziekenhuis als gevolg heeft dat het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten (de landelijke norm) naar een ziekenhuis met acute verloskunde vervoerd kan worden toeneemt. Oftewel, de locatie kan/mag niet gesloten worden.

³⁸ Federatie Medisch Specialist (2022) Leidraad Vitaal bedreigde patiënt.

Echter constateren we op basis van interviews met de vakgroep gynaecologie van Haga Zoetermeer en Haga Den Haag (en bijeenkomsten met het projectteam waarin zij deelnamen)³⁹ en gynaecologen uit het management van RdGG, Alrijne en andere ziekenhuizen die we gesproken hebben, dat zij een 24/7 aanwezige intensivist noodzakelijk vinden voor het leveren van veilige geboortezorg.

Daarnaast lijkt het noodzakelijk om bij 'Uitbreiding bevallingen' 24/7 aanwezigheid van gynaecologen en kinderartsen te organiseren in Haga Zoetermeer, net zoals dit in Haga Den Haag het geval is. Het lijkt niet haalbaar om in een gefuseerde vakgroep bereikbaarheidsdiensten en aanwezigheidsdiensten te combineren (zie §3.2.3). Bovendien maakt een bereikbaarheidsdienst het erg onaantrekkelijk om in Zoetermeer dienst te doen, omdat veel gynaecologen van Haga Den Haag waarschijnlijk te ver van Haga Zoetermeer wonen om binnen 30 minuten ter plaatse te kunnen zijn en daarom alsnog in huis moeten slapen.

Bij 'Uitbreiding bevallingen' gaan we uit van bereikbaarheidsdiensten voor het OK-team en de anesthesist waarbij zij uiterlijk binnen 30 minuten beschikbaar zijn (volgens landelijke normen).³⁹ Dit verschilt met hoe de geboortezorg in Haga Den Haag georganiseerd is. Haga Den Haag werkt (in de nacht) met drie OK-teams. Hiervan is er één 24/7 aanwezig, het tweede team is in de avonden aanwezig en in de nachten en weekenden binnen 30 minuten beschikbaar, en het derde team is in de ANW-uren bereikbaar binnen 45 minuten specifiek voor de cardio-thoracale chirurgie (CTC). Wanneer het eerste OK-team bezet is, geldt er een vergelijkbare situatie met de invulling die wij voorstellen voor 'Uitbreiding bevallingen'. Wel geeft de vakgroep gynaecologie van Haga Den Haag aan dat door de 24/7 aanwezigheid van het eerste OK-team, ze al op kunnen starten voordat het tweede team gearriveerd is. Het OK-gebruik in Haga Zoetermeer tijdens ANW-uren betreft overigens slechts een deel van dat in Den Haag (zie Bijlage 2). Tijdens doordeweekse avond- en nachtdiensten werd het OK-team in Zoetermeer in 2022 gemiddeld ongeveer één keer per week ingezet. Op weekend- en feestdagen was dit één op de drie dagen.⁴⁰ Ook om deze reden lijkt tijdens ANW-uren een bereikbaarheidsdienst voor het OK-team in Zoetermeer logisch. Daarnaast zijn in Zoetermeer protocollen om – wanneer dat nodig is – extra snel op te starten met de OK. Ook slaapt een deel van het OK-team al in huis.

Ten slotte gaan we bij 'Uitbreiding bevallingen' uit van bereikbaarheidsdiensten binnen 30 minuten (conform huidige situatie) van aanpalende specialismen zoals cardiologie, chirurgie, interne geneeskunde, neurologie, radiologie en urologie. Zie Tabel 2 voor een overzicht van de zorgverleners en faciliteiten bij de situatie zoals eerder beoogd voor Haga Zoetermeer, de huidige situatie in Haga Den Haag en de invulling bij 'Uitbreiding bevallingen'. In de praktijk kan dit voor specialisten betekenen dat ze in huis slapen, omdat ze te ver van Haga Zoetermeer wonen om binnen 30 minuten ter plaatse te kunnen zijn. Als zij in huis moeten slapen heeft dit mogelijk invloed op de inzetbaarheid van deze medisch specialisten de dag na de bereikbaarheidsdienst.

³⁹ In de slotfase van dit onderzoek begrepen wij uit een medische visie van het MSC van het Haga die eind maart 2024 is opgesteld, dat 24/7 aanwezigheid van de anesthesist en het OK-team nodig is en 24/7 aanwezigheid van een intensivist niet langer noodzakelijk wordt gevonden.

⁴⁰ De anesthesist wordt ook buiten de OK ingezet voor epidurale, spinale en algehele analgesie tijdens de bevalling, in totaal was dit in 2022 voor ongeveer 480 vrouwen (bron: Perined 2022).

Tabel 2. Bij 'Uitbreiding bevallingen' gaan we ervan uit dat – ten opzichte van het conceptprofiel van Haga Zoetermeer – er 24/7 een gynaecoloog, kinderarts en intensivist aanwezig is (volgens de huidige situatie in Haga Den Haag). Dit verschilt met de huidige situatie in Haga Den Haag omdat het OK-team en de anesthesist bij 'Uitbreiding bevallingen' in Haga Zoetermeer 24/7 bereikbaar (en niet 24/7 aanwezig) zijn.

	Voorlopig beoogde situatie tijdens ANW Haga Zoetermeer	Huidige situatie tijdens ANW Haga Den Haag	Beoogde situatie tijdens ANW 'Uitbreiding bevallingen' Haga Zoetermeer
Gynaecologen	Bereikbaarheidsdienst	Aanwezigheidsdienst	Aanwezigheidsdienst
Kinderartsen	Bereikbaarheidsdienst ⁴¹	Aanwezigheidsdienst	Aanwezigheidsdienst
IC	HC + onderdeel regionaal IC-netwerk	IC	HC + onderdeel regionaal IC-netwerk
SIT	Onder leiding van 24/7 aanwezige gekwalificeerde A(N)IOS	Onder leiding van 24/7 aanwezige intensivist	Onder leiding van 24/7 aanwezige intensivist
OK	Bereikbaarheidsdienst	1 ^e team 24/7 aanwezig 2 ^e team in avonden aanwezig en in nachten/weekenden binnen 30 minuten beschikbaar 3 ^e team in ANW-uren binnen 45 minuten beschikbaar voor CTC	Bereikbaarheidsdienst
Anesthesist	Tussen 23:00 – 8:00 aanwezig (vanwege SIT)	Aanwezigheidsdienst	Bereikbaarheidsdienst
Aanpalende specialisten	Bereikbaarheidsdienst	Bereikbaarheidsdienst	Bereikbaarheidsdienst

3.1.3 Haga Zoetermeer blijft een basisziekenhuis, zodat 24/7 aanwezigheid en/of bereikbaarheid van aanpalende medisch specialisten haalbaar is

Ten opzichte van het conceptprofiel⁴² van Haga Zoetermeer betreft de voorgestelde invulling van de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' een verzwaring. Het conceptprofiel ging namelijk uit van:

- Diagnostische poort, brede poliklinische zorg, focus op snelle en goede service, hoge kwaliteit en korte toegangstijden voor diagnostiek en behandeling.
- 24/7 beddenhuis met focus op veelvoorkomende planbare en chronische zorg met een laag risico op complicaties, en optimale benutting van de OK-capaciteit.
- Acute zorg voor de inwoners van Zoetermeer:
 - Geen ambulances tussen 21:00 en 8:00 uur, met uitzondering van ambulances voor kinderen en zwangeren.
 - 24/7 HC en onderdeel van regionaal IC-netwerk.

⁴¹ De kinderarts moet binnen 15 minuten ter plaatse kunnen zijn, wat in de praktijk betekent dat nagenoeg alle kinderartsen in huis slapen, behalve één kinderarts die op 5 minuten afstand van Haga Zoetermeer woont.

⁴² Gedeeld met SiRM in het najaar van 2023.

- SIT onder leiding van een gekwalificeerde A(N)IOS die 24/7 aanwezig is, intensivist 24/7 telefonisch bereikbaar en beschikbaar binnen 60 minuten, van 8:00 tot 23:00 uur een SEH-arts en van 23:00 tot 8:00 uur een anesthesist aanwezig en verantwoordelijk voor stabilisatie.

In het tweede kwartaal van 2024 stelt Haga het definitieve profiel vast en neemt Haga het besluit over de inrichting van het regionale geboortezorgnetwerk voor Zoetermeer en omgeving.

Voor de invulling van de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' is het belangrijk dat Haga Zoetermeer een basisziekenhuis blijft, zodat 24/7 aanwezigheid en/of bereikbaarheid van aanpalende medisch specialismen haalbaar is. Ten opzichte van het conceptprofiel betekent dit een verzwaring omdat dat uitgaat van minder zorg in ANW-uren en goed planbare zorg. Dit bemoeilijkt bijvoorbeeld de voorgenomen optimalisering van de benutting van de OK-capaciteit, omdat de OK beschikbaar moet zijn voor acute operaties. Ook is de invulling een verzwaring omdat het conceptprofiel uitgaat van 24/7 bereikbaarheid van de intensivist, terwijl de invulling van de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' uitgaat van 24/7 aanwezigheid.

Ook voor de doelmatigheid en het werkplezier is het cruciaal om voorzieningen en zorgverleners benodigd voor veilige geboortezorg breder in te zetten:

- **Doelmatigheid:** als het profiel van Zoetermeer meer richting poliklinische en planbare zorg gaat, heeft dit gevolgen voor de kosten die toegerekend worden aan de geboortezorg. Omdat andere medisch specialismen in dat geval minder gebruik maken van benodigde voorzieningen voor de geboortezorg, wordt ten opzichte van 2022 een groter deel van de kosten van deze voorzieningen toegerekend aan de geboortezorg. Hoe meer patiënten gebruik maken van benodigde voorzieningen, hoe lager de kosten per patiënt.
- **Werkplezier:** het is voor zorgverleners demotiverend om tijdens een aanwezigheids-en/of bereikbaarheidsdienst weinig of niets te doen.

We schatten in dat de invulling bij 'Uitbreiding bevallingen' resulteert in meerkosten voor de geboortezorg van ongeveer een half miljoen euro ten opzichte van de kosten in 2022. Dit is exclusief de kosten voor nieuwbouw in Zoetermeer. We gaan er bij deze berekening dus vanuit dat Zoetermeer een basisziekenhuis blijft en dat de kosten van diensten van aanpalende medisch specialismen daardoor (net als in 2022) toegerekend worden aan meerdere patiëntgroepen, en niet alleen de geboortezorgpatiënten.

De meerkosten zijn het gevolg van de 24/7 aanwezigheid van een gynaecoloog, ten opzichte van 24/7 bereikbaarheid van de gynaecoloog in 2022. Uitgaande van de huidige compensatie van de vakgroep gynaecologie in Haga Den Haag betekent dit jaarlijks een compensatie van 520 dagdelen.^{43,44} Een dagdeel bestaat uit 4,5 werkzame uren. Als we (op basis van informatie van het Haga) uitgaan van 1.550 netto werkzame uren per fte staat de compensatie van 520 dagdelen grofweg gelijk aan 1,5 fte gynaecoloog. Uitgaande van kosten van €150 duizend voor 1

⁴³ "Uit het financiële model van het MSC maken we op dat de vergoeding voor gynaecologen per twee etmalen gelijk blijft bij 24/7 aanwezigheid t.o.v. 24/7 bereikbaarheid. Daarom leidt de verandering alleen tot meerkosten door de twee dagdelen compensatie bij diensten.

⁴⁴ Twee dagdelen compensatie voor aanwezigheidsdiensten op maandag- t/m donderdagnacht en één dagdeel compensatie voor aanwezigheidsdiensten op vrijdag- en zondagnacht.

fte gynaecoloog (op basis van het gemiddelde bruto jaarsalaris van een gynaecoloog in loondienst uit de Nationale Beroepengids) komen extra kosten voor 1,5 fte gynaecoloog in loondienst op ~€225 duizend.⁴⁵ Uitgaande van de grove aanname dat de kosten van een vrijgevestigd gynaecoloog ~50% hoger liggen dan de kosten van een gynaecoloog in loondienst komen we, inclusief een opslag voor overige kosten, op ~€5 ton meerkosten.

Wie de meerkosten voor 24/7 aanwezigheid van een gynaecoloog voor zijn rekening neemt – het MSC, het Haga of zorgverzekeraars – moet daarbij besproken worden. De verdeling van de kosten is afhankelijk van de afspraken die gemaakt worden tussen het Haga en het MSC. Haga en/of zorgverzekeraars kunnen daarbij een bewuste afweging maken om de kosten (gedeeltelijk) te vergoeden als dit bijdraagt aan de samenwerking tussen de vakgroepen gynaecologie in Den Haag en Zoetermeer, en daarmee de toegankelijkheid van geboortezorg in Haga Zoetermeer.

Omdat in Haga Zoetermeer in 2022 het SIT onder leiding stond van een 24/7 aanwezige intensivist en de kinderartsen al een dienstrooster volgens aanwezigheidsdiensten hadden (inclusief compensatie na dienst), resulteert de voorgestelde invulling voor 'Uitbreiding bevallingen' niet tot extra kosten ten opzichte van 2022. Ook werkten de aanpalende specialisten al met bereikbaarheidsdiensten en is dit in de voorgestelde invulling nog steeds het geval.

Omdat we bij de invulling uitgaan van een 24/7 aanwezige intensivist voor het SIT ten opzichte van de door het Haga voorgenomen 24/7 bereikbaarheid, kan de beoogde kostenbesparing uit het conceptprofiel niet gerealiseerd worden. We schatten in dat deze gedeerde kostenbesparing €1,2-1,5 miljoen bedraagt.⁴⁶

3.2 Voor uitbreiding is commitment van zorgverzekeraars en medisch specialisten, en verbeteren van positionering Haga Zoetermeer essentieel

Een keuze voor de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' vraagt om (bestuurlijk) commitment van zorgverzekeraars (en banken) om te investeren in Haga Zoetermeer (§3.2.1). Het betekent tegelijkertijd dat Haga Zoetermeer moet inzetten op verbetering van haar positionering zowel richting (geboortezorg)patiënten en verwijzers als richting (potentiële) (geboortezorg)medewerkers (§3.2.2). Ook commitment van medisch specialisten is benodigd. Zij moeten bereid zijn de verschillen in werkwijze tussen de locaties te accepteren (§3.2.3).

⁴⁵ Het gemiddelde bruto jaarsalaris van een gynaecoloog van ~€108 duizend (Nationale Beroepengids) vertaald naar (ziekenhuis)kosten door een opslag van 39% voor personele kosten (Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg – Bijlage 1)

⁴⁶ Op jaarbasis betekent 24/7 aanwezigheid van een intensivist ~8.760 aanwezigheidsdiensten (365 dagen x 24 uur), oftewel ~5,7 fte. Uitgaande van kosten van €206 duizend voor 1 fte intensivist in loondienst komt de gedeerde kostenbesparing op ~€1,2 miljoen. De daadwerkelijk gedeerde kostenbesparing zal hoger liggen omdat de kosten van een vrijgevestigd intensivist hoger liggen dan van een intensivist in loondienst. Voor de anesthesist gaat het conceptprofiel uit van aanwezigheid tussen 23:00-8:00 uur. Op dit moment hebben zij in deze uren bereikbaarheidsdienst. Als de wijziging van het conceptprofiel resulteert in hogere kosten voor anesthesiologen (momenteel nog onbekend) is de gedeerde kostenbesparing kleiner dan ~€1,2-1,5 miljoen.

3.2.1 Zorgverzekeraars moeten bereid zijn om nieuwbouw te steunen, tijdelijk te investeren in verlieslatendheid, en om geboortezorg in Haga Zoetermeer structureel te financieren

Het behouden van de geboortezorg in Haga Zoetermeer vraagt om:

- Eenmalige investeringen in nieuwbouw door de banken, met onderliggend het commitment van zorgverzekeraars.
- Tijdelijke investeringen in verlieslatende geboortezorg en mogelijk andere medisch specialistische zorg.
- Structurele financiering van de geboortezorg, de daarmee samenhangende klinische kindergeneeskunde (specifiek de neonatologie) en andere medisch specialistische zorg in een basisziekenhuis.

Op basis van de kengetallen uit de CEAN quickscan⁴⁷ lijken de kosten voor nieuwbouw voor de geboortezorg in Haga Zoetermeer op grofweg ~€5 miljoen uit te komen. Dit is ook het bedrag waar we op uitkomen als we uitgaan van de stelregel die het management Planning & Control van het Haga aangeeft: dat de nieuwbouwkosten voor een afdeling grofweg gelijk zijn aan de omzet van de afdeling. De omzet van de afdeling verloskunde is ~€5 miljoen. CEAN komt zelf overigens op een inschatting van ~€8 miljoen, maar wij kunnen deze uitkomst niet rijmen met de kengetallen die ze gebruiken.⁴⁸ Overigens leidt het organiseren van de capaciteit elders ook tot kosten voor verbouw/nieuwbouw, maar deze lijken aanmerkelijk lager.

Een stijging van het aantal bevallingen is nodig om de geboortezorg in Haga Zoetermeer minimaal kostenneutraal te organiseren (zie §3.1.1). Het realiseren van deze stijging vergt tijd. Daarom moeten zorgverzekeraars bereid zijn tot tijdelijke extra financiële investeringen om hiervoor te compenseren, zowel voor de geboortezorg zelf als voor benodigde voorzieningen zoals beschreven in §3.1.2. Dit zou mogelijk kunnen via een beschikbaarheidsbijdrage, ondanks dat Haga Zoetermeer geen gevoelig ziekenhuis is voor acute verloskunde.⁴⁹

De geboortezorg kan hierbij niet los gezien worden van de rest van het ziekenhuis en het profiel daarvan (zie §3.1.3). Behouden van de geboortezorg vraagt namelijk ook investeringen in, en financiering van, voorzieningen die nodig zijn voor veilige geboortezorg (HC, SIT, OK, et cetera). Deze zijn doelmatiger als zij ook voor andere medisch specialistische zorg ingezet worden.

Ondanks dat het uiteindelijke besluit over de inrichting van de geboortezorg in Haga Zoetermeer bij het Haga ligt, verwacht SiRM dat het besluit tot 'Uitbreiding bevallingen' niet mogelijk is zonder steun van de zorgverzekeraars. Haga Zoetermeer is immers voor (structurele) financiering van deze zorgverzekeraars afhankelijk. Steun van zorgverzekeraars is niet vanzelfsprekend gezien de (financiële) problemen van Haga Zoetermeer in de afgelopen jaren.

⁴⁷ CEAN (2020) Quickscan capaciteits- en investeringsbehoefte LangeLand Ziekenhuis. Vertrouwelijk met SiRM gedeeld.

⁴⁸ Het Haga schatte in 2020 op basis van de CEAN quickscan de kosten voor nieuwbouw voor de geboortezorg op ~8 miljoen. In de onderliggende berekening werd echter uitgegaan van €4.300 euro investeringskosten per m² vermenigvuldigd met 1.259 benodigde m². Dit telt op tot ~€5 miljoen. Een verschil van €1 miljoen lijkt te verklaren doordat het verschil tussen €73 en €66 miljoen wordt opgeteld/afgerond tot €8 miljoen in plaats van €7 miljoen. Voor de overige €2 miljoen hebben we geen verklaring gevonden.

⁴⁹ RIVM Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2023.

In 2023 waren CZ, Menzis, Zilveren Kruis en VGZ de zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel in Haga Zoetermeer. Ook DSW speelt een rol maar heeft een beperkter marktaandeel. De zorgverzekeraars hebben verschillende perspectieven op de positionering van Haga Zoetermeer.

Zorgverzekeraars hebben met het hoofdlijnenakkoord in 2023 het voortbestaan van het ziekenhuis in Zoetermeer mede mogelijk gemaakt. CZ en VGZ geven aan dat dit in het licht van de aanhoudende zorgen om financiën, personele beschikbaarheid en behoud van kwaliteit van zorg niet vanzelfsprekend was. Zij vinden het daarom belangrijk dat het Haga onderzoekt hoe het voor locatie Zoetermeer een profiel kan ontwikkelen dat toekomstbestendig is. Ze verwachten dat profielkeuzes bijdragen aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van (geboorte)zorg in de regio Zoetermeer:

- Toegankelijkheid en kwaliteit: Profielkeuzes kunnen bijdragen aan optimale inzet van schaarse zorgverleners nu en in de toekomst. Bij een laag aantal bevallingen kunnen verpleegkundigen en klinisch verloskundigen, maar bijvoorbeeld ook HC/IC-verpleegkundigen, niet optimaal ingezet worden. Met het huidige aantal klinische bevallingen zijn er zorgen over de toekomstige kwaliteit en veiligheid, ook in het licht van de personeelsschaarste. Daarnaast is het de vraag of Haga Zoetermeer met het huidige aantal bevallingen zal blijven voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen, wanneer bijvoorbeeld een volumenorm voor klinische bevallingen geïntroduceerd wordt.⁵⁰
- Betaalbaarheid: Profielkeuzes op het gebied van geboortezorg kunnen bijdragen aan een exploitabele ziekenhuisvoorziening in Zoetermeer. Haga Zoetermeer is als ziekenhuis de afgelopen 15 jaar verlieslatend, wat het belangrijk maakt om richting de toekomst een kwalitatief en financieel houdbaar profiel neer te zetten.

Of het sluiten van de acute geboortezorg in Haga Zoetermeer wenselijk en haalbaar is, dient wat CZ en VGZ betreft (verder) onderzocht te worden, waarbij voor hen primair de zorgplicht leidend is. Dat betekent dat er binnen de 45-minutennorm en inhoudelijke beroepsnormen een minimaal kwalitatief gelijkwaardig alternatief in de regio is met voldoende (personele, fysieke en materiële) capaciteit voor alle vrouwen uit de regio Zoetermeer. De zorgverzekeraars zullen niet instemmen met sluiting als uit een toetsing aan de zorgplicht blijkt dat zij in dat geval niet aan de wettelijke zorgplicht voor hun verzekerden kunnen voldoen. Op dit moment verwachten ze bij een acute sluiting door gebrek aan bevalcapaciteit in de regio niet aan de zorgplicht te kunnen voldoen.

Menzis en Zilveren Kruis geven aan dat zij zich vooral baseren op de visie van marktleider(s) CZ (en VGZ) voor het bepalen van hun beleid.

⁵⁰ SiRM verwacht - op basis van interviews en het gegeven dat veel Nederlandse ziekenhuizen hier niet aan voldoen - niet dat de kwaliteitseisen op korte termijn aangepast zullen worden.

DSW geeft aan in ieder geval te willen investeren om de geboortezorg in Haga Zoetermeer te behouden:

- **Toegankelijkheid:** Haga Zoetermeer heeft momenteel al een belangrijke overstroombaan. Daarnaast krijgen ziekenhuizen in de regio te maken met sterke demografische groei (zie §2.2.1). DSW denkt dat de bevalcapaciteit van Haga Zoetermeer nu en in de toekomst nodig is om de (groei in) bevallingen op te vangen en vindt dat basiszorg (inclusief acute verloskunde) dichtbij beschikbaar moet zijn in een stad met de omvang van Zoetermeer.
- **Kwaliteit:** DSW geeft aan dat behoud van de geboortezorg in Haga Zoetermeer belangrijk is voor goede netwerkzorg.⁵¹ Zij vindt een ziekenhuislocatie in Zoetermeer en bijbehorende netwerkzorg (met eerstelijnsverloskundigen, kraamzorg, huisartsen, et cetera) belangrijk voor een goede start voor de inwoners van regio Zoetermeer. DSW maakt zich zorgen over kwetsbare inwoners die bij 'Bevallingen elders' minder goede toegang hebben tot basiszorg.
- **Betaalbaarheid:** DSW vindt het onduidelijk hoe bepaald is dat de geboortezorg in Haga Zoetermeer niet kostendekkend georganiseerd kan worden, met name omdat er in Nederland andere ziekenhuizen zijn die een relatief laag aantal bevallingen goed weten te organiseren. Ook vindt DSW dat niet geïsoleerd naar de winstgevendheid van één acute functie gekeken kan worden, maar dat dit bekeken moet worden in het bredere geheel (ziekenhuis en regio). DSW verwacht dat het verplaatsen van de geboortezorg brede nadelige financiële gevolgen heeft voor Haga Zoetermeer. Daarnaast maken andere ziekenhuizen ook kosten om deze zorg over te nemen. DSW staat open voor alternatieve vormen van bekostiging en organisatie voor kostendekkende geboortezorg in Haga Zoetermeer.

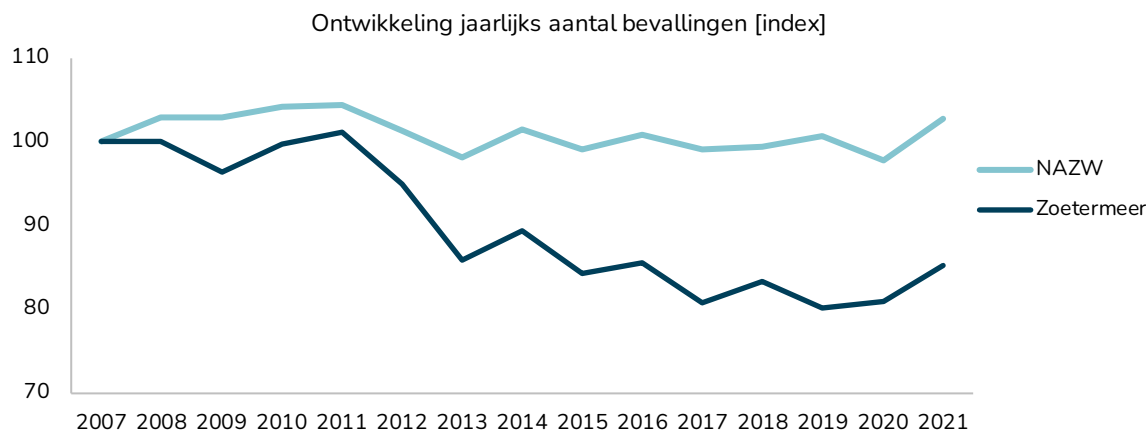
We hebben tijdens het onderzoek niet met banken gesproken, maar ook zij moeten zich kunnen vinden in de benodigde investeringen voor nieuwbouw.

3.2.2 Haga Zoetermeer moet haar positionering verbeteren zowel richting patiënten en verwijzers als richting (potentiële) medewerkers

Haga Zoetermeer dient haar marktaandeel voor de geboortezorg te verhogen

Het zijn van een basisziekenhuis met voldoende bevallingen om doelmatig te werken, betekent wel dat Haga Zoetermeer haar positionering moet verbeteren. Van 2011 tot 2019 zien we een dalende trend in het aantal klinische bevallingen per jaar in Haga Zoetermeer (zie Figuur 25). De trend vertoont vanaf 2013 een redelijk vergelijkbaar verloop als op NAZW-niveau. Wel zien we een relatief sterkere daling van 2011 tot 2013 ten opzichte van de NAZW-regio. Deze daling correspondeert met de financiële problemen van het oorspronkelijke LangeLand Ziekenhuis sinds begin 2011.

⁵¹ In het contractbeleid Medisch Specialistische Zorg 2024 van DSW staat: "DSW stimuleert en faciliteert initiatieven die keten- of zelfs domeinoverstijgend zijn."



Figuur 25. Het jaarlijks aantal bevallingen in Haga Zoetermeer neemt vanaf 2011 af en vanaf 2019 weer toe. In de NAZW-regio is dit sinds 2007 min of meer constant. Bron: cijfers afdeling verloskunde, data Haga Zoetermeer en Regiobeeld.nl.

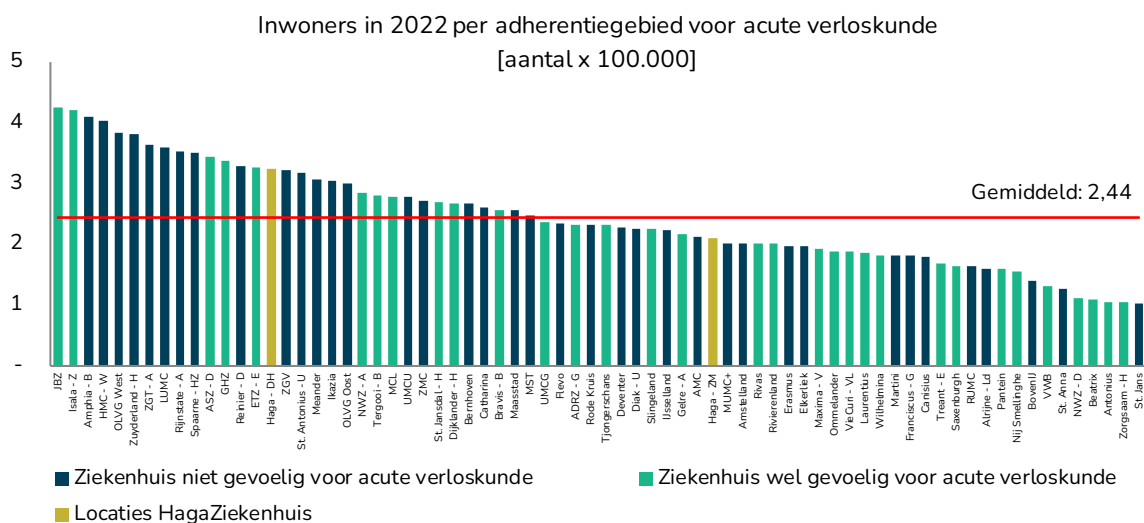
In interviews en bijeenkomsten horen we terug dat er de afgelopen jaren weinig geïnvesteerd is in (de geboortezorg van) het ziekenhuis en dat de faciliteiten zijn verouderd. Recentelijk zijn voor de geboortezorg ook initiatieven zoals informatieavonden stopgezet vanwege de onzekerheid over het behoud van de geboortezorg in Haga Zoetermeer. Betrokkenen geven aan dat deze ontwikkelingen het moeilijk maken om meer bevallingen aan te trekken, terwijl zij aangeven dat patiënten wel erg tevreden zijn over de zorg die wordt geleverd. Toch zien we sinds 2019 weer een stijging in het aantal bevallingen conform de ontwikkeling op NAZW-niveau.

De afdeling verloskunde van Haga Zoetermeer had in 2022 van het eerste tot en met het derde kwartaal van 2023 relatief veel kosten voor personeel niet in loondienst (PNIL). Op de afdeling verloskunde van Haga Zoetermeer betrof in 2022 6% van de totale personeelskosten kosten voor PNIL, ten opzichte van 2% voor Haga Den Haag. De PNIL-kosten van Haga Zoetermeer zijn mogelijk relatief hoog doordat het door de onrust rondom de fusie moeilijker is om vast personeel te werven. Ook kampte Haga Zoetermeer recentelijk met twee langdurig zieken, waardoor (tijdelijk) PNIL werd ingezet. De verwachting is dat PNIL vanaf september 2023 afneemt, omdat PNIL niet meer met vaste aanwezigheid wordt ingezet maar op afroep.

Het is belangrijk om nieuwe geboortezorgmedewerkers in loondienst aan te trekken, onder andere om het aandeel PNIL(-kosten) te reduceren om de geboortezorg in Zoetermeer betaalbaar en duurzaam te maken. De verwachting is dat het met nieuwbouw en duidelijkheid over de toekomst van Haga Zoetermeer eenvoudiger wordt om personeel aan te trekken. De geplande nieuwbouwwijken in de omgeving Zoetermeer vormen daarbij een potentieel aan verpleegkundigen en klinisch verloskundigen. De gemeente kan daarin mogelijk ook nog iets betekenen door bijvoorbeeld voorkeursbeleid voor zorgpersoneel te voeren op de woningmarkt of voor de kinderopvang. Overigens is het aantrekken en behouden van voldoende personeel niet alleen belangrijk voor de afdeling verloskunde, maar in het algemeen voor het ziekenhuis. Voor de geboortezorg specifiek is daarbij de klinische kindergeneeskunde (neonatologieverpleegkundigen) van belang.

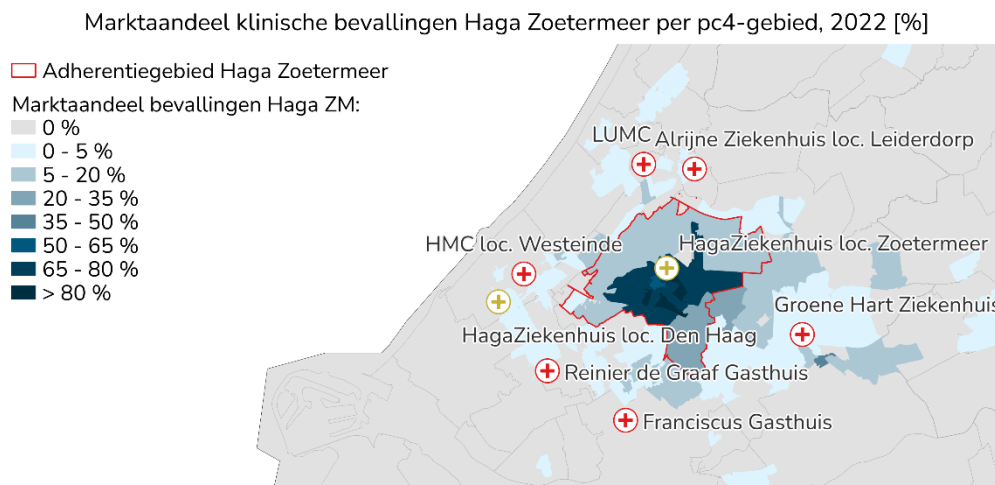
We verwachten dat er voor de geboortezorg voldoende mogelijkheden moeten zijn om meer bevallingen aan te trekken. Met een adherentiegebied van ~210 duizend inwoners voor acute

verloskunde, ligt Haga Zoetermeer immers dicht bij de gemiddelde omvang van de adherentiegebieden van ziekenhuislocaties in Nederland (zie Figuur 26).



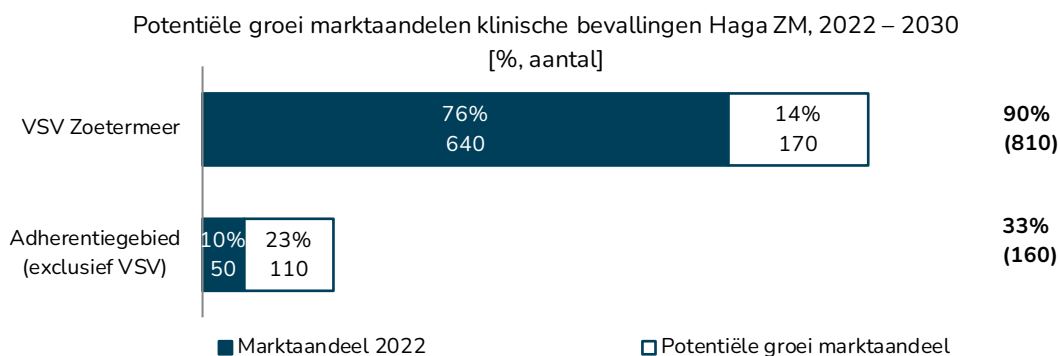
Figuur 26. Met een adherentiegebied voor acute verloskunde van ~210 duizend inwoners ligt Haga Zoetermeer dicht bij het gemiddelde van ziekenhuislocaties in Nederland. Bron: analyse SiRM op basis van CBS, Geodan reistijdentabel 2023 en RIVM-bereikbaarheidsanalyse acute verloskunde 2023.

We verwachten dat het marktaandeel van Haga Zoetermeer verder omhoog kan. Het marktaandeel voor klinische bevallingen van Haga Zoetermeer lag in 2022 tussen de 65 en 80% rondom het ziekenhuis en daarbuiten tussen de 5 en 20% (zie Figuur 27).



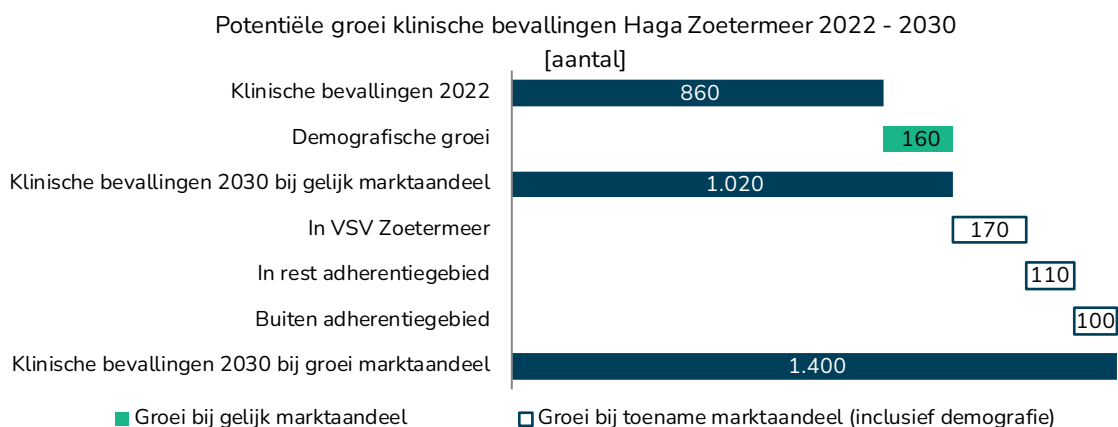
Figuur 27. Het marktaandeel voor klinische bevallingen van Haga Zoetermeer lag in 2022 tussen de 65 en 80% rondom het ziekenhuis en daarbuiten tussen de 5 en 20%. Bron: analyse SiRM op basis van DHD-gegevens Haga.

Gemiddeld is het huidige marktaandeel voor klinische bevallingen in het werkgebied van VSV Zoetermeer 76% en in de randen van het adherentiegebied (exclusief werkgebied VSV Zoetermeer) gemiddeld 10%. Als het marktaandeel voor het werkgebied van VSV Zoetermeer stijgt van 76% naar 90%, leidt dit tot ~170 extra bevallingen in 2030 inclusief demografische groei (zie Figuur 28). Wanneer het marktaandeel in de randen van het adherentiegebied stijgt van 10% naar 33% resulteert dat in ~110 extra klinische bevallingen inclusief demografische groei.



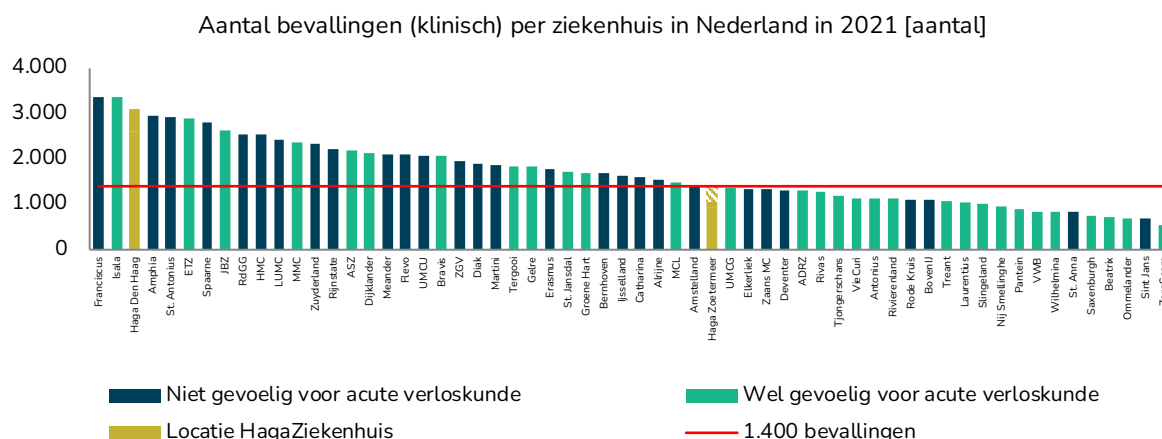
Figuur 28. Bij stijging van het marktaandeel voor het werkgebied van VSV Zoetermeer naar 90% stijgt het aantal klinische bevallingen met ~170 richting 2030. Wanneer het marktaandeel in de randen van het adherentiegebied stijgt naar 33% resulteert dat in ~110 extra klinische bevallingen in 2030. Bron: analyse SiRM op basis van DHD-data Haga en CBS.

We verwachten op basis van demografische groei in de omliggende ziekenhuizen en de groei in overstroom tussen 2019 en 2022 (zie §2.2.1) daarnaast nog een potentiële groei van 100 bevallingen van buiten het adherentiegebied. De methodiek voor het bepalen van de potentiële groei in marktaandeel is te vinden in Bijlage 1. Wanneer we deze potentiële groei in marktaandeel combineren met de demografische groei in Zoetermeer (~160), komen we op ~1.400 klinische bevallingen in 2030 (zie Figuur 29). Daarmee lijkt het *break-even point* voor kostenneutrale levering van geboortezorg (zie §3.1.1) van 1.100 – 1.300 klinische bevallingen haalbaar.



Figuur 29. Op basis van demografische groei en potentiële groei van het marktaandeel, kan Haga Zoetermeer richting 2030 groeien naar ~1.400 klinische bevallingen. Bron: analyse SiRM op basis van DHD-gegevens Haga Zoetermeer en CBS.

In 2021 deden 25 Nederlandse ziekenhuizen – waarvan 7 niet-gevoelig – minder dan 1.400 klinische bevallingen per jaar (zie Figuur 30). Daarmee nemen we aan dat ziekenhuizen de geboortezorg met dit aantal bevallingen doelmatig weten te organiseren.



Figuur 30. 25 andere Nederlandse ziekenhuizen - waarvan 7 niet-gevoelige ziekenhuizen - deden in 2021 minder dan 1.400 klinische bevallingen. Daarmee nemen we aan dat ziekenhuizen de geboortezorg met dit aantal bevallingen doelmatig weten te organiseren. *Voor het OLVG, AMC, Noordwest Ziekenhuis en Maastricht UMC+ zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal bevallingen per locatie, deze zijn daarom niet zichtbaar in de figuur. Bron: Zorginzicht 2021, website Santeon en bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde RIVM 2023.

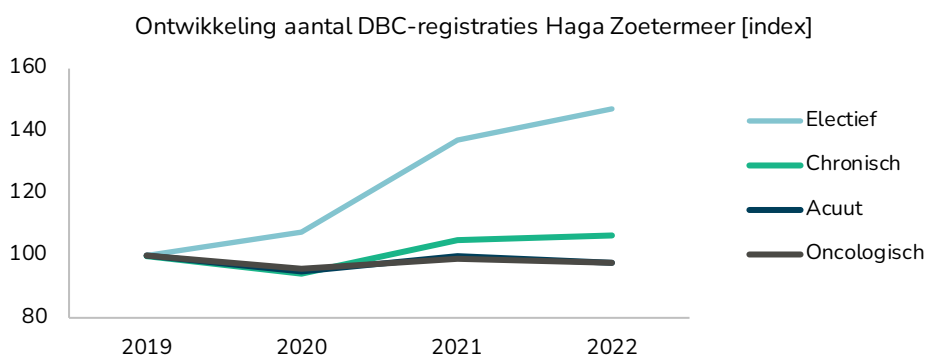
Om het potentieel te benutten moet Haga Zoetermeer haar positionering verbeteren:

- We verwachten dat bij nieuwbouw in Zoetermeer het marktaandeel van het VSV Zoetermeer zal stijgen omdat de faciliteiten in Zoetermeer dan beter voldoen aan de huidige verwachtingen van zwangeren (zie §3.1.1).
- In de randen van het adherentiegebied, waar het marktaandeel nu ~10% is, is waarschijnlijk actiever beleid nodig:
 - Het VSV Zoetermeer kan overwegen om eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit die regio's uit te nodigen voor het VSV (als participierend of meelezend lid). Eerstelijnsverloskundigen uit de klankbordgroep geven aan dat deze praktijken al eerder aangegeven hebben hier open voor te staan. Echter blijkt het nu in de praktijk nog lastig om zwangeren te enthousiasmeren om voor hun bevalling naar Haga Zoetermeer te gaan vanwege verouderde voorzieningen, minder faciliteiten en kamers zonder slaapplek voor de partner.
 - De eerstelijnsverloskundigenpraktijken uit Zoetermeer kunnen zelf spreekuren organiseren in de randen van het adherentiegebied van Haga Zoetermeer die momenteel buiten het werkgebied van het VSV liggen.

Overigens kunnen zorgverzekeraars ook een belangrijke rol spelen in het optimaal benutten van nieuwgebouwde capaciteit in Zoetermeer. Als zij investeren in uitbreiding van bevallingen in Haga Zoetermeer, kunnen zij dit expliciet meewegen bij beslissingen over eventuele uitbreidingsplannen van andere ziekenhuizen in de regio.

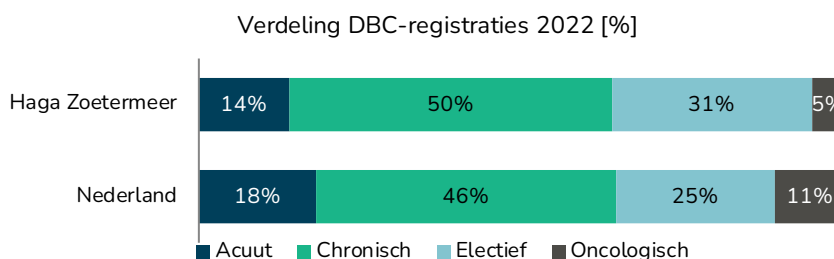
Om een basisziekenhuis te blijven dient Haga Zoetermeer ook haar marktaandeel te vergroten voor de rest van de medisch specialistische zorg

Registraties van acute en chronische zorg in Haga Zoetermeer zijn de afgelopen jaren constant gebleven, terwijl de registraties van electieve diagnose-behandelcombinaties (DBC's) toenemen (zie Figuur 31). Dit laat zien dat Haga Zoetermeer de afgelopen jaren meer richting een electief centrum beweegt.



Figuur 31. Haga Zoetermeer leverde de afgelopen jaren steeds meer electieve zorg. Bron: analyse SiRM op basis van DHD-data Haga en SiRM-LOGEX indeling zorgclusters.

Ook ten opzichte van Nederland zien we dat Haga Zoetermeer van het totaal aantal DBC-registraties relatief meer registraties heeft voor electieve zorg: 31% in Haga Zoetermeer ten opzichte van 25% landelijk (zie Figuur 32). Voor 'Uitbreiding bevallingen' is juist ook de chronische en acute zorg essentieel voor het blijven van een basisziekenhuis.



Figuur 32. Haga Zoetermeer heeft vergeleken met Nederland meer focus op electieve en chronische zorg. Bron: analyse SiRM op basis van DHD-data Haga, SiRM LOGEX indeling zorgclusters en OpenDIS.

Wat betreft de medisch specialistische zorg in zijn algemeenheid, ligt Haga Zoetermeer met een adherentiegebied van ~150 duizend inwoners op ~60% van het gemiddelde van algemene ziekenhuizen in Nederland (zie Bijlage 2). Tegelijkertijd ligt Haga Zoetermeer qua totale omzet op ~45% van het Nederlandse gemiddelde, en lijkt dus nog veel omzetspotentieel te hebben (zie Bijlage 2). Dit blijkt ook uit eerdere onderzoeken van Haga Zoetermeer⁵²⁻⁵³ naar het aandeel geleverde medisch specialistische zorg in het adherentiegebied.

Haga Zoetermeer zal het omzetspotentieel dus niet alleen in de geboortezorg maar breder in de medisch specialistische zorg moeten verzilveren. Daarvoor is het cruciaal dat – wanneer deze inrichtingsmogelijkheid gekozen wordt – dit goed en breed gecommuniceerd wordt aan verwijzers zoals huisartsen en de ambulancezorg.

⁵² Langeland Ziekenhuis (2020), Analyse adherentie. Vertrouwelijk met SiRM gedeeld.

⁵³ Langeland Ziekenhuis en Stichting Georganiseerde Eerstelijnszorg Zoetermeer (2021), Gebruik MSZ en adherentie Zoetermeer. Vertrouwelijk met SiRM gedeeld.

3.2.3 Bevallingen op twee Haga-locaties vraagt van medisch specialisten om verschillen in de werkwijze tussen locaties te accepteren

Medisch specialisten spraken bij de fusie van het MSC af dat zij op beide locaties op dezelfde wijze werken. De vakgroep gynaecologie van Haga Den Haag vindt het onveilig om twee werkwijzen door elkaar te hanteren. Bij acute situaties zijn zij niet op beide werkwijzen even goed ingespeeld, terwijl het juist in die situaties belangrijk is om te kunnen handelen vanuit routine. Daarnaast heeft de vakgroep gynaecologie van Haga Den Haag de wens om onder hetzelfde Haga-logo, dezelfde omstandigheden te garanderen voor de patiënt. Het MSC nam bij de fusie een clausule op over dat gynaecologen tot 2026 werken met gescheiden dienstsystemen en dat gynaecologen van locatie Den Haag niet verplicht kunnen worden om diensten in Haga Zoetermeer te vervullen.

Het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in 2009 ondersteunt de werkwijze in Haga Den Haag.⁵⁴ De stuurgroep beveelt namelijk aan dat alle professionals betrokken bij de geboortezorg – waaronder het OK-team – bereikbaar en beschikbaar zijn zodat er 24/7 binnen 15 minuten gestart kan worden met de behandeling. Een kanttekening is dat deze aanbeveling niet gestaafd kan worden door bestaande literatuur. Er is onvoldoende medisch wetenschappelijk onderzoek waarbij een relatie wordt aangetoond tussen de perinatale mortaliteit en morbiditeit en het sneller starten van een spoedbehandeling.⁵⁵

De invulling van de inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen' komt in een aantal eisen van de vakgroep gynaecologie van Haga Den Haag tegemoet. De invulling (zie §3.1.2) betekent een verzwaring met zowel een gynaecoloog, kinderarts en intensivist 24/7 aanwezig in plaats van 24/7 bereikbaar. Het belangrijkste verschil met de werkwijze van Haga Den Haag is dat de invulling niet voorziet in 24/7 aanwezigheid van het OK-team, maar uitgaat van een bereikbaarheid binnen maximaal 30 minuten.⁵⁶ De vakgroep gynaecologie van Haga Zoetermeer geeft aan dat deze werkwijze historisch gezien tot veilige zorg heeft geleid. Richting grotere volumes in de toekomst zou ook deze vakgroep overigens bij voorkeur met een 24/7 aanwezig OK-team werken.

We verkenden tijdens het onderzoek of het werken met *dedicated* gynaecologenteams per locatie (één vast team per locatie) een mogelijkheid zou kunnen zijn. Echter beide gynaecologen-vakgroepen vinden dit ongewenst voor de fusie van de vakgroepen.⁵⁷ Onder andere door het (te) kleine aantal gynaecologen dat in dat geval dienstdoet in Zoetermeer. Het team in Zoetermeer is daardoor minder toekomstbestendig wanneer er een gynaecoloog uitvalt of uitstroomt. Daarnaast geven de vakgroepen aan dat los van deze praktische overwegingen, aparte teams niet ten goede komen aan de samenwerking en het vertrouwen van de gefuseerde vakgroep.

⁵⁴ Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009), Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.

⁵⁵ KPMG (2012), 24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis.

⁵⁶ Op locatie Den Haag is een eerste OK-team 24/7 in huis. Een tweede OK-team is in de nacht binnen 30 minuten beschikbaar. Wel geldt dat met een eerste OK-team in huis, er wanneer nodig sneller kan worden opgestart voordat het tweede OK-team gearriveerd is.

⁵⁷ Daarbij geeft de vakgroep gynaecologie van Haga Den Haag aan dat – wanneer een uniforme werkwijze op beide locaties niet mogelijk is – *dedicated* teams voor hen een optie is. Dit geldt niet voor de vakgroep van Haga Zoetermeer.

Een toekomstbestendige inrichting bij 'Uitbreiding bevallingen' vraagt dus van medisch specialisten om verschillen in werkwijze tussen locaties te accepteren. Het trainen van geboortezorgverleners (inclusief kindergeneeskunde) in het werken op twee manieren kan hieraan bijdragen.

Ten slotte betekent 'Uitbreiding bevallingen' ook dat aanpalende specialisten zoals intensivisten, anesthesisten en interventieradiologen op beide locaties werken en diensten doen. Deze inrichtingsmogelijkheid vraagt dus ook hun commitment. Voor veel Haagse medisch specialisten betekent een bereikbaarheidsdienst in Zoetermeer waarschijnlijk dat zij in het ziekenhuis moeten slapen in Zoetermeer omdat zij anders niet binnen 30 minuten ter plaatse kunnen zijn.

Bijlage 1. Onderzoeksaanpak

Proces

SiRM werkte in drie fases aan dit onderzoek (zie Figuur 33):

1 Voorbereiden onderzoek en inventariseren inrichtingsmogelijkheden

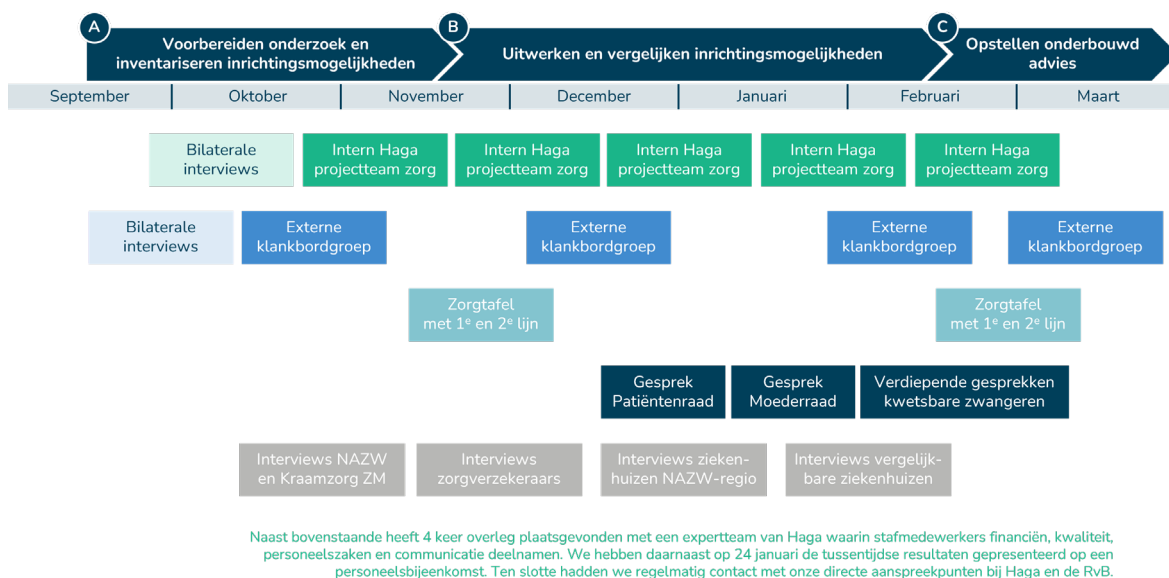
- We creëerden zicht op de ambities, belangen en aandachtspunten vanuit verschillende betrokken partijen voor het onderzoek.
- Op basis hiervan kwamen we tot twee inrichtingsmogelijkheden ('Bevallingen elders in de regio' en 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer').

2 Uitwerken inrichtingsmogelijkheden

- We bepaalden de kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid en de financiële haalbaarheid van de twee inrichtingsmogelijkheden.

3 Opstellen onderbouwd advies

- We stelden een conceptadvies op en legden deze in verschillende gesprekken en bijeenkomsten voor aan de interne en externe betrokkenen.
- Medio maart 2024 leverden we voorliggend advies op aan de raad van bestuur.



Figuur 33. We doorliepen een proces van drie fases waarin we onder andere zorgverleners nauw hebben betrokken.

We organiseerden de volgende gesprekken en bijeenkomsten tijdens het onderzoek (zie Figuur 33 en Tabel 3 voor een overzicht van de betrokken personen):

- We zijn zes keer bijeengekomen met een **intern Haga projectteam** van gynaecologen uit Den Haag en Zoetermeer, een kinderarts uit Den Haag en een klinisch verloskundige en O&G-verpleegkundige vanuit Zoetermeer. De vakgroepen gynaecologie van beide locaties spraken we ook meerdere keren bilateraal.
- Daarnaast heeft vier keer overleg plaatsgevonden met een **intern Haga stafteam van ondersteunende afdelingen** waarin stafmedewerkers financiën, kwaliteit, personeelszaken, strategie en communicatie deelnamen.

- Een **externe klankbordgroep** heeft tijdens vier bijeenkomsten kritisch meegedacht met het onderzoek. In de externe klankbordgroep namen eerstelijnsverloskundigen (waarvan één de voorzitter van het VSV) en huisartsen uit Zoetermeer deel, en vertegenwoordigers van de gemeente Zoetermeer en het programma Zoetermeer 2025.
- Aan het begin van het onderzoek hebben we met leden van het Haga projectteam en Haga stafteam interviews gevoerd en ook met de leden van de externe klankbordgroep. Ook voerden we interviews met verpleegkundigen en klinische verloskundigen van beide locaties en leden van de raad van bestuur en het MSC. Daarnaast interviewden we bij de start van het onderzoek het Netwerk Acute Zorg West (NAZW) en Kraamzorg Zoetermeer.
- We organiseerden twee **zorgtafels** waarvoor we breed eerste- en tweedelijnszorgverleners uit zowel Zoetermeer als Den Haag uitnodigden. Hierbij was ook de Patiëntenraad van Haga en vertegenwoordiging van de gemeente Zoetermeer en programma Zoetermeer 2025 aanwezig.
- Om goed zicht te krijgen op de wensen en behoeften van **zwangeren en hun naasten** voerden we interviews met de Patiëntenraad en met de Moederraad. Daarnaast organiseerde Zoetermeer 2025 twee interviews met zwangeren in kwetsbare posities.
- In de loop van het onderzoek voerden we interviews met drie **ziekenhuizen in de regio**: GHZ, RdGG en Alrijne.
- Ook voerden we interviews met de vijf **zorgverzekeraars** met het grootste marktaandeel in Zoetermeer: CZ, VGZ, Menzis, Zilveren Kruis en DSW. Met CZ, VGZ en DSW voerden we aanvullende gesprekken.
- Ook voerden we interviews met vier **ziekenhuizen in andere delen van Nederland** die in vergelijkbare situaties als Zoetermeer verkeren of hebben verkeerd: Franciscus Gasthuis & Vlietland, Laurentius Ziekenhuis, Sint Antonius Ziekenhuis en Gelre Ziekenhuizen.
- Gedurende het onderzoek hadden we regelmatig contact met onze directe aanspreekpunten bij Haga, het business control team (verantwoordelijk voor het aanleveren van de gegevens) en de raad van bestuur van Haga. Ook gaven we een toelichting van de (tussentijdse) resultaten tijdens een personeelsbijeenkomst in Zoetermeer en tijdens verkennende gesprekken over de inrichtingsmogelijkheden die plaatsvonden tussen de raden van bestuur van ziekenhuizen in de regio en de zorgverzekeraars.

Tabel 3. We organiseerden gesprekken en bijeenkomsten met interne en externe betrokkenen.

Gremium	Naam	Vertegenwoordiging
Intern Haga Projectteam	Ellen Hiemstra	Gynaecoloog Haga Zoetermeer
	Esther Arons	Projectmanager strategie
	Hanneke Feitsma	Gynaecoloog Haga Den Haag
	Ilona van Bohemen	O&G-verpleegkundige Haga Zoetermeer
	Jolanda van der Wilt	Klinische verloskundige Haga Zoetermeer
	Marit Douma	Gynaecoloog Haga Den Haag
	Willemijn van Heel	Kinderarts en Medisch Manager JKZ-GOU
	Josephine van der Zande	RVE-manager Hart Long Centrum Haga
Intern Haga Stafteam	Anita van den Bogert	Adviseur kwaliteit en veiligheid
	Berbel Pothof	Adviseur HR
	Désirée van Loon-Stolk	Zorgmanager kliniek Vrouw en Kind

Gremium	Naam	Vertegenwoordiging
ondersteunen- de afdelingen	Dion Hage	Adviseur communicatie
	Esther Arons	Projectmanager strategie
	Francisca van der Pol	RVE-manager JKZ-GOU
	Hizkia Bleeker	Adviseur kwaliteit & veiligheid
	Jan Zwaan	Business control
	Ruth Kwint	Business control
Externe klankbordgroep	Aline Pikaar	Directeur Eerstelijnszorg Zoetermeer
	Bregje Thomassen	Programmadirecteur Zoetermeer 2025
	Jolanda van der Burg	Voorzitter VSV Zoetermeer
	Lieke de Jong-Potjer	Huisartsen Vereniging Zoetermeer
	Mirjam van Spelde	Strategisch adviseur zorg gemeente Zoetermeer
	Sandra Koomans	Eerstelijnsverloskundigen Zoetermeer
Aanvullende bilaterale gesprekken	Ellen Hiemstra	Gynaecoloog Haga Zoetermeer
	Hanneke Feitsma	Gynaecoloog Haga Den Haag
	Marloes van Huizen	Gynaecoloog Haga Den Haag
	Lieke Langendonck	Kinderarts Haga Zoetermeer
Interviews interne en externe betrokkenen ⁵⁸	Naomi Hompes-de Jong	Kinderarts Haga Zoetermeer
	Daniëlle Stolk	Kinderverpleegkundige Haga Den Haag
	Denise Altena	Directeur NAZW
	Frouke Tolsma	Klinisch verloskundige Haga Den Haag
	Hans Feenstra	Interim lid raad van bestuur Haga
	Hilde de Winter	Neonatologieverpleegkundige Haga Den Haag
	Iris van der Meer-Noort	Gynaecoloog Haga Zoetermeer
	Jeanette Offers	Kinderverpleegkundige Haga Den Haag
	Leo Wewerinke	Kinderarts Haga Den Haag
	Lieke Langendonck	Kinderarts Haga Zoetermeer
	Lucia van Tol	Directeur Bureau Klasse Kraamzorg
	Marlieke Maks	Voorzitter Huisartsen Vereniging Zoetermeer
	Marlies Jansen-Landheer	Medisch directeur Haga
	Martin Schalij	Voorzitter ROAZ
	Mei Li Lim	Gynaecoloog Haga Zoetermeer
	Miranda van Rooijen	O&G-verpleegkundige Haga Den Haag
Naomi Hompes-de Jong	Kinderarts Haga Zoetermeer	
Tim Jansen	Vice-voorzitter MSC Haga	
Ronne Mairuhu	Voorzitter MSC Haga	
Interviews zorgverzeke- raars	Daan Rooijmans	Senior manager zorginkoop CZ
	Mijke Buijs	Manager regioregie CZ
	Rajaa Tourbi-Ezzahiri	Medisch adviseur CZ
	Anne de Jong	Relatiebeheerder geboortezorg eerste lijn DSW
	Joeri Mulder	Regiomanager medisch specialistische zorg DSW
	Nienke Braakman	Relatiebeheerder medisch specialistische zorg DSW
	Chris Goedhart	Zorginkoper msz Menzis
	Martin Gengler	Teammanager zorginkoop msz Menzis

⁵⁸ We voerden ook interviews met alle betrokkenen in het interne projectteam en externe klankbordgroep. Voor de leesbaarheid zijn deze namen hier niet nogmaals opgenomen.

Gremium	Naam	Vertegenwoordiging
	Ans Christis	Zorginkoper geboortezorg landelijk VGZ
	Anouk van Bruggen	Zorginkoper msz VGZ
	Jacco Visser	Senior zorginkoper msz VGZ
	Linnea Christiaans	Zorginkoper Zilveren Kruis
	Marijn Geurts	Zorginkoper Zilveren Kruis
Gesprekken ziekenhuizen in de regio	Lodewijk de Beukelaar	Voorzitter raad van bestuur GHZ
	Pascal Kolk	Gynaecoloog GHZ
	Hilma Helfferich-van Wijk	Manager RVE GHZ
	Arjen Hakbijl	Lid raad van bestuur RdGG
	Carina Hilders	Voorzitter raad van bestuur RdGG
	Jolanda Versteegen	Manager bedrijfsvoering Zorgseenheid Moeder en Kind RdGG
	Yvonne Wilders	Voorzitter raad van bestuur Alrijne
	Connie Kerpershoek	Zorgmanager PVE Vrouw, Man, Kind Alrijne
	Karoy Gludovacz	Gynaecoloog Alrijne
Interviews ziekenhuizen met vergelijkbare casuïstiek	Katja Goossens	Medisch manager PVE Vrouw, Man, Kind Alrijne
	Maaïke Stapert	Gynaecoloog Alrijne
	Jeroen Becker	Gynaecoloog Sint Antonius Ziekenhuis Utrecht
	Monique Kappert	Directeur zorg Franciscus Gasthuis & Vlietland
	Haik Dijkhuis	Clustermanager zorg Laurentius Ziekenhuis Roermond
	Tanja Nikolic	Teamleider obstetrie Laurentius Ziekenhuis Roermond
Interviews vanuit perspectief inwoners/patiën ten	Iris Zwaan	Gynaecoloog Laurentius Ziekenhuis Roermond
	Marcel Eijgelshoven	Bestuurssecretaris VMS Gelre Ziekenhuizen
	Marco Goessens	Stafvoorzitter VMS Gelre Ziekenhuizen
	Daniëlle Schrijver	Lid Patiëntenraad Haga
	Kitty Haas	Lid Patiëntenraad Haga
	Annabelle Storm	Lid Moederraad Haga Zoetermeer
	Lisa Heijkoop	Lid Moederraad Haga Zoetermeer
	Kim Takken	Lid Moederraad Haga Zoetermeer

Kwalitatieve analyses

Werkafspraken VSV's

We inventariseerden de openbaar gepubliceerde werkafspraken van VSV's waarbij Haga Zoetermeer en ziekenhuizen in de regio zijn aangesloten.

- Haga Zoetermeer is aangesloten bij VSV Zoetermeer. We raadpleegden de protocollen op de website van VSV Zoetermeer.
- GHZ is aangesloten bij VSV In Zwang. We raadpleegden de protocollen op de website van VSV In Zwang.
- Alrijne is aangesloten bij VSV Leiderdorp. Er lijkt geen website van VSV Leiderdorp te zijn. We raadpleegden de protocollen via de website van de Verloskundigencoöperatie Leiden en omgeving (LEO). Deze zijn samengesteld door de protocollencommissie bestaande uit vertegenwoordigers van LEO, VSV Leiden, VSV Leiderdorp en Verloskundigen Centrum de Poort.

- RdGG is aangesloten bij VSV Reinier. Op de website van VSV Reinier zijn geen protocollen gepubliceerd of toegankelijk. Wel vonden we via de website van VSV HMC de Integrale Haags-Delftse werkafspraken, die zowel gelden voor het HMC, Haga Den Haag als het RdGG. Deze gebruikten we voor onze analyse.
- Franciscus Gasthuis is aangesloten bij VSV Franciscus. Er lijken geen protocollen openbaar gepubliceerd te zijn. De werkafspraken van VSV Franciscus konden we daardoor niet meenemen in onze analyse.

We analyseerden de werkafspraken op totale aantallen en het aantal specifieke onderwerpen waar meerdere VSV's een werkafpraak voor hebben opgesteld. Voor de onderwerpen waar alle VSV's een werkafpraak hebben gepubliceerd (n=4) analyseerden we de werkafspraken inhoudelijk. Hierbij keken we voornamelijk naar verschillen in focus op fysiologie en in hoeverre de werkafspraken inhoudelijk vergelijkbaar waren aan die van VSV Zoetermeer.

Kwantitatieve analyses

Algemene kwantitatieve analyses

Prognose aantal bevallingen 2030

In het onderzoek maakten we een prognose voor het aantal bevallingen in 2030, zowel voor Haga Zoetermeer als voor andere ziekenhuizen in Nederland. Hiervoor rekenden we demografische ontwikkelingen door. We baseerden deze berekening op de regionale bevolkingsprognose van het CBS. We vermenigvuldigden de procentuele verandering in het aantal 0-5-jarigen tussen 2022 en 2030 met het aantal bevallingen in 2022. Voor Haga Zoetermeer rekenden we demografie door op basis van het pc4-gebied van de woonlocaties van de zwangeren. Voor andere ziekenhuizen hebben we geen informatie over de woonlocaties van zwangeren. Voor deze ziekenhuizen zijn we daarom uitgegaan van de gemiddelde demografische ontwikkeling in het reistijdenadherentiegebied.

Eind 2023 constateerde het CBS dat hun regionale bevolkingsprognose onvoldoende betrouwbaar is. Toch gebruiken we deze prognose in onze analyses omdat we niet beschikken over een gedetailleerd alternatief en we verwachten dat een minder gedetailleerde prognose een grotere foutmarge geeft dan het CBS. De gewogen gemiddelde demografische groei zoals vastgesteld in een prognose door de gemeente Zoetermeer voor de leeftijdscategorie 0-jarigen verschilt slechts 1% van de CBS-bevolkingsprognose voor de categorie 0-5-jarigen. Daarnaast geeft CBS aan dat de foutmarge vooral bij groep 65-plussers zit.⁵⁹ Om voorgenoemde redenen nemen we aan dat de foutmarge voor de leeftijdscategorie 0 tot 5 jaar beperkt is.

Werkgebied VSV Zoetermeer

Om te bepalen welke bevallingen in Haga Zoetermeer uit het VSV Zoetermeer kwamen, bepaalden we de werkgebieden van de VSV's in de regio. Voor deze analyse stelden we eerst een lijst op met alle eerstelijnsverloskundigenpraktijken in de NAZW-regio en de VSV's waarbij deze praktijken zijn aangesloten. Een aantal praktijken zijn lid van meerdere VSV's. Deze praktijken

⁵⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2023/28/voorlopig-geen-volledige-regionale-bevolkings-en-huishoudensprognose>

wezen we toe aan het VSV van het dichtstbijzijnde ziekenhuis (op basis van de Geodan reistijdentabel 2023 voor autoreistijd zonder file).

Vervolgens bepaalden we per pc4-gebied in de NAZW-regio welk(e) VSV('s) werkzaam zijn in dit gebied. Hiervoor keken we eerst naar hoofdlocaties van praktijken. Als in een pc4-gebied een hoofdlocatie van een praktijk ligt, wezen we het pc4-gebied toe aan het VSV van die praktijk. Soms hebben meerdere praktijken in hetzelfde pc4-gebied een hoofdlocatie, maar zijn deze bij verschillende VSV's aangesloten. In dat geval wezen we het pc4-gebied toe aan het VSV van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Vervolgens herhaalden we deze stappen voor de spreekuurlocaties van praktijken. De pc4-gebieden die geen hoofd- of spreekuurlocatie van een praktijk hebben, wezen we toe aan het VSV van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Kwantitatieve analyses bij inrichtingsmogelijkheid 'Bevallingen elders in de regio'

Autoreistijden en reiskosten naar alternatieve ziekenhuizen - zonder file

In de inrichtingsmogelijkheid 'Bevallingen elders in de regio' keken we zowel voor zwangeren als voor zorgverleners van Haga Zoetermeer naar de reistijden naar ziekenhuizen in de regio. Autoreistijden zonder file bepaalden we met de Geodan reistijdentabel 2023. Deze tabel bevat de gemiddelde reistijd en -afstand tussen centra⁶⁰ van alle pc4-gebieden in Nederland met een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming van verkeer. De reisafstand bepaalden we om de gemiddelde reiskosten mee te berekenen. Op basis van de productiedata van het HagaZiekenhuis bepaalden we de pc4-gebieden van de woonlocaties van zwangeren die bevielen in Haga Zoetermeer. Met de reistijdentabel bepaalden we voor deze vrouwen de reistijden en -afstanden naar de pc4-gebieden van ziekenhuizen in de regio.

Voor vrouwen die het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen bepaalden we de gemiddelde reistijd en reisafstand naar elk ziekenhuis in de regio. We maakten gebruik van een wegingsfactor, waarbij reistijden en reisafstanden een weging kregen op basis van het aantal zwangeren dat in een pc4-gebied woont. De reistijden en reisafstanden vanuit pc4-gebieden waar meer zwangeren wonen wegen dus zwaarder mee.

De gemiddelde autoreistijden voor zorgverleners die het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen bepaalden we op vergelijkbare wijze. Voor zorgverleners beschikten we alleen over het driecijferige postcodegebied (pc3-gebied) van de woonlocatie in plaats van pc4. Om dit te koppelen aan de reistijd vanuit een pc4-gebied namen we de gewogen gemiddelde reistijd op basis van inwoners van de pc4-gebieden die in het pc3-gebied vallen.

Omdat ziekenhuizen niet altijd in het centrum van het pc4-gebied bleken te liggen en de reistijd binnen een pc4-gebied kan verschillen, pasten we zowel voor zwangeren als voor zorgverleners een correctie toe. Daarvoor bepaalden het verschil tussen de reistijd naar de exacte locatie van het ziekenhuis en de reistijd naar het centrum van het desbetreffende pc4-gebied en telden we het verschil op bij de berekende gemiddelde reistijd.

⁶⁰ Bepaald op basis van bebouingszwaartepunt.

De reiskosten bepaalden we door de gewogen gemiddelde reisafstand naar elk ziekenhuis te vermenigvuldigen met de wettelijk toegestane maximale kilometervergoeding van €0,28.

Autoreistijden naar alternatieve ziekenhuizen - met file

Voor de autoreistijden naar alternatieve ziekenhuizen met file gebruikten we een dataset van Andes. Deze tabel bevat gemiddelde reistijden tussen centra⁶¹ van pc4-gebieden op dinsdagen om 8:00 uur. Over het algemeen is dit een moment met minder goede doorstroming van verkeer. De reistijden met file zijn gemiddelden van dit moment op de dinsdagen tussen 1 december 2023 en 11 februari 2024, met uitzondering van 26 december en 2 januari. We verwachten namelijk dat dinsdagen tijdens de kerstvakantie wat betreft doorstroming in het verkeer afwijken van de rest van het jaar.

De gemiddelde reistijden naar elk ziekenhuis in de regio bepaalden we op dezelfde manier als bij de autoreistijd zonder file. Voor sommige trajecten bleek dat in de data de reistijd met file korter was dan de reistijd zonder file. In dat geval zijn we uitgegaan van de reistijden zonder file om zeker te zijn dat onze berekening geen onderschatting geeft. De gemiddelde autoreistijden met file voor zorgverleners die het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen bepaalden we op dezelfde manier. Ook de reistijden met file corrigeerden we voor het verschil tussen de reistijd vanuit het centrum van het pc4-gebied en de exacte locatie van het ziekenhuis.

Ov-reistijd naar alternatieve ziekenhuizen – zwangeren

Voor zwangeren die in Zoetermeer in een wijk met laag autobezit (gemiddeld minder dan één auto per huishouden) wonen, bepaalden we ook de ov-reistijden naar de ziekenhuizen in de regio. Hiervoor namen we voor elke wijk een centraal gelegen tramhalte van de RandstadRail. Namelijk de tramhaltes Centrum West, De Leyens, Meerzicht en Seghwaert. Daarnaast voegden we ook Station Zoetermeer en Station Lansingerland-Zoetermeer toe aan de analyse. We bepaalden met de NS-reisplanner de reistijd met het ov vanaf deze tramhaltes en stations naar de ziekenhuizen in de regio. Vaak waren hiervoor meerdere reisroutes mogelijk. Daarom gingen we uit van de route met de minimale reistijd. Daarnaast bepaalden we het aantal overstappen bij de route met minimale reistijd, de totale looptijd en de reiskosten.

Vervolgens bepaalden we voor de zwangeren in de wijken met laag autobezit de fietstijd naar elk van de hierboven genoemde tramhaltes en stations. We baseerden deze tijd op de afstand tussen het pc4-gebied van de woonlocatie van de zwangeren en het pc4-gebied van de tramhalte of het station. Deze afstand is opgenomen in de Geodan reistijdentabel 2023. Voor de fietstijd gingen we uit van een snelheid van 12 kilometer per uur. Daarnaast rekenden we vijf minuten voor het parkeren van de fiets. Vervolgens bepaalden we voor alle vrouwen de snelste route. Voor Haga Zoetermeer voegden we ook de optie toe om direct te fietsen in plaats van met het ov te reizen wanneer dat sneller bleek. Als laatste berekenden we de gewogen gemiddelde reistijd naar elk ziekenhuis, waarbij tijden van pc4-gebieden waarin meer zwangeren wonen zwaarder wegen. Ook voor het aantal overstappen, de totale looptijd en de reiskosten berekenden we een gewogen gemiddelde op basis van het aantal zwangeren dat in een pc4-gebied woont.

⁶¹ Bepaald op basis van bebouingszwaartepunt.

Ov-reistijd naar alternatieve ziekenhuizen – zorgverleners

Voor een schatting van de ov-reistijd naar de ziekenhuizen in de regio voor de zorgverleners⁶² van Haga Zoetermeer beschikten we alleen over de driecijferige postcode van de woonlocatie. Via de NS-reisplanner bepaalden we de minimale reistijd vanuit het centrum van het pc3-gebied naar de ziekenhuizen in de regio. Vervolgens berekenden we de gewogen gemiddelde reistijd naar elk ziekenhuis, waarbij reistijden van pc3-gebieden waarin meer zorgverleners wonen zwaarder wegen.

Netto afname thuisbevallingen

We verwachten dat enerzijds minder vrouwen thuis zullen bevallen doordat zwangeren en eerstelijnsverloskundigen de toegenomen reisafstand als een risico zien wanneer er bij een thuisbevalling toch complicaties optreden. Anderzijds verwachten we meer ongeplande thuisbevallingen omdat zwangeren mogelijk tijdens de bevalling niet tijdig het ziekenhuis kunnen bereiken. Om te bepalen om hoeveel verandering het netto gaat berekenden we eerst op basis van data van het Haga hoeveel vrouwen in 2022 thuis bevielen, hoeveel poliklinisch met plaatsindicatie en hoeveel poliklinisch op eigen verzoek. Vervolgens berekenden we wat de verwachte aantallen in 2030 zijn op basis van demografische groei (bij een onveranderde verdeling). Voor thuisbevallingen is de woonlocatie van de zwangeren onbekend. Daarom gingen we uit van de gemiddelde demografische groei in het adherentiegebied van Haga Zoetermeer (17%).

Voor deze analyse namen we aan dat:

- 50% van de thuisbevallingen ongepland is. Van de geplande thuisbevallingen namen we aan dat na verschuiving:
 - 80% nog steeds thuis plaatsvindt.
 - 10% poliklinisch op eigen verzoek bevalt.
 - 10% poliklinisch op plaatsindicatie bevalt.
- Voor de geplande thuisbevallingen (50%) verwachten we geen verandering door de toegenomen reistijd.

Deze aannames zijn afgestemd met de klankbordgroep, maar het betreffen grove schattingen.

Verlies arbeidscapaciteit (O&G-)verpleegkundigen Haga Zoetermeer

We bepaalden het huidig aantal fte per leeftijdscategorie op basis van de personeelsbestanden van Haga Zoetermeer. We includeerden hierbij alleen zorgverleners met een dienstbetrekking met vaste uren. We namen alleen (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden mee in de analyse. Voor Haga Zoetermeer vielen daar de functies ‘Verpleegkundige’ en ‘Physician Assistant’ onder. In Haga Zoetermeer zijn geen verzorgenden werkzaam. Vervolgens maakten we per leeftijdscategorie aannames over behoud en vertrek op basis van de verwachting dat lagere leeftijdscategorieën eerder bereid zijn een overstap te maken naar een ander ziekenhuis en daarmee werkzaam te blijven in de tweedelijnsgeboortezorg (zie Tabel 4). We baseerden deze aannames op gesprekken met zorgverleners in Haga Zoetermeer en een interview met Gelre

⁶² Klinisch verloskundigen en verpleegkundigen.

Ziekenhuizen waarbij de geboortezorg op locatie Zutphen gesloten werd. Zorgverleners uit Haga Zoetermeer gaven aan dat bij 'Bevallingen elders' een groot deel ergens anders gaat werken dan in de tweedelijnsgeboortezorg. Echter bleek in het interview met Gelre Ziekenhuizen dat bij het stoppen van de geboortezorg op locatie Zutphen nagenoeg alle zorgverleners behouden bleven voor de tweedelijnsgeboortezorg. Zij gingen niet naar de andere locatie van het ziekenhuis, maar naar een ander ziekenhuis dicht bij hun woonadres.

Tabel 4. We nemen aan dat lagere leeftijdscategorieën vaker bereid zijn een overstap te maken naar een ander ziekenhuis en daarmee werkzaam blijven in de tweedelijnsgeboortezorg.

Leeftijdscategorie	% behoud voor tweedelijnsgeboortezorg	% vertrek naar elders
≤25 jaar	80%	20%
26-35 jaar	80%	20%
36-45 jaar	70%	30%
46-55 jaar	60%	40%
≥ 56 jaar	50%	50%

Benodigde versterking eerstelijnsverloskundigen VSV Zoetermeer

We maakten een schatting van de benodigde groei in fte aan verloskundigen in VSV Zoetermeer door twee effecten mee te nemen:

- Een stijging van de reistijd van eerstelijnsverloskundigen voor bevallingen waarbij zij meegaan naar het ziekenhuis. We gaan ervan uit dat dit geldt voor alle zwangeren waarvoor de baring in de eerste lijn (thuis of poliklinisch) begint maar niet thuis eindigt (~550 voor VSV Zoetermeer in 2022). We bepaalden de gemiddelde stijging van de reistijd op basis van de reistijdenanalyses. Deze is gemiddeld 13 minuten (enkele reis).
- Een stijging van de tijd die de eerstelijnsverloskundige besteedt in het ziekenhuis omdat zij de zwangere vrouw eerder insturen. Eerstelijnsverloskundigen verwachten dat zij vrouwen ongeveer drie uur eerder zullen insturen om te anticiperen op de toegenomen reisafstand. We gaan ervan uit dat de eerstelijnsverloskundige deze extra tijd besteedt aan alle poliklinische bevallingen (momenteel ~250 in Haga Zoetermeer) en de helft van de bevallingen die tijdens de bevalling medisch worden (~150).

In totaal resulteert dit jaarlijks in ~1.000 extra benodigde uren van eerstelijnsverloskundigen. Gemiddeld heeft een eerstelijnsverloskundige ~26 cliëntgebonden uren per week, oftewel ~1.330 jaarlijks.⁶³ Dit betekent dat ~0,8 extra fte benodigd is. Daarnaast is mogelijk (extra) achterwacht nodig, dit hebben we niet verder gekwantificeerd.

Het huidige aantal fte bepaalden we door het aantal verloskundigen werkzaam bij de eerstelijnsverloskundigenpraktijken die onderdeel zijn van VSV Zoetermeer op te tellen. Dit gaat om Embé Verloskundigen, Kéita Verloskundigenpraktijk, Partera Verloskundig Centrum, Oerkracht en Maanlicht.

⁶³ Bron: NIVEL-registratie verloskundigen, resultaten peiling 2021.

Kwantitatieve analyses bij inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer'

Bevallingen per verlos- en verpleegkundige per dienst

Om te bepalen hoeveel bevallingen Haga Zoetermeer extra kan doen binnen de huidige formatie, bepaalden we eerst het gemiddeld aantal bevallingen per verlos- en (O&G-)verpleegkundige per dienst in 2022. Hiervoor maakten we gebruik van data- en personeelsbestanden van het Haga. Klinisch verloskundigen zijn betrokken bij de klinische bevallingen, (O&G-)verpleegkundigen verlenen daarnaast verpleging bij de poliklinische bevallingen met plaatsindicatie. Bij poliklinische bevallingen op eigen verzoek zijn in de meeste gevallen geen zorgverleners vanuit het ziekenhuis betrokken.⁶⁴ Deze bevallingen lieten we in deze analyse daarom buiten beschouwing.

We bepaalden voor 2022 voor elke dag in het jaar hoeveel bevallingen in Haga Zoetermeer plaatsvonden. Hiervoor gingen we uit van de datum waarop het DBC voor de bevalling is geopend en de bevalling begon. Het kan zijn dat de bevalling zelf pas de dag na de opening van het DBC plaatsvond. Omdat we hier geen gegevens over hebben hielden we hier geen rekening mee. Bij een aantal bevallingen ontbrak de dag van de bevalling. Deze verdeelden we gelijk over de dagen in 2022.

Op basis van het wekelijkse bezetting in 2022 berekenden we voor elke dag het aantal bevallingen per verlos- en (O&G-)verpleegkundige per dienst. Vervolgens bepaalden we voor elke maand in 2022 het gemiddeld aantal bevallingen per dienst per verlos- en (O&G-)verpleegkundige.

Voor het maximaal aantal bevallingen binnen de huidige formatie gaan we uit van het maximaal aantal bevallingen per dienst voor een (O&G-)verpleegkundige. Dit is gelijk aan 0,3 en is vergelijkbaar met de gemiddelde dienstbelasting in Den Haag. Bij 0,3 bevallingen per dienst kunnen (O&G-)verpleegkundigen met het huidige rooster 1.220 bevallingen doen, inclusief poliklinische bevallingen op plaatsindicatie. Uitgaande van hetzelfde aandeel klinische bevallingen als in 2022 is het maximaal aantal klinisch bevallingen bij de huidige formatie gelijk aan 1.120. Voor klinisch verloskundigen komt dit overeen met ongeveer 1 bevalling per dienst.

Analyse *break-even point*

Voor de analyse van het *break-even point* namen we de kosten en inkomsten in 2022 als uitgangspunt. De kosten in 2022 bepaalden we op twee manieren:

- **Methode 1:** vermenigvuldiging van de productie in 2022 met geïndexeerde kostprijzen uit 2019 naar 2022. Het Haga voerde deze indexering uit met de jaarlijkse indexatie medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 van de NZa. Methode 1 gebruikten we omdat het business control team van het Haga aangaf dat gaf aan deze methode een realistische inschatting geeft van de werkelijkheid omdat de kostentoekenning in 2019 beter was dan in 2022.

⁶⁴ Overige poliklinische bevallingen worden alleen begeleid door O&G verpleegkundigen van Haga Zoetermeer als er 2 poliklinische bevallingen zonder plaatsindicatie tegelijkertijd zijn (vanuit PKZ is 1 kraamverzorger oproepbaar), of als er tegelijkertijd met de poliklinische bevalling zonder plaatsindicatie een thuisbevalling is (dan gaat de kraamverzorgster van PKZ daarheen).

- **Methode 2:** vermenigvuldiging van de productie in 2022 met de werkelijke kostprijzen uit 2022.

Op basis van de analyses naar de werkbelasting in 2022 (zie “Bevallingen per verlos- en verpleegkundige per dienst”) verwachten we dat Zoetermeer zonder extra personele inzet kan groeien naar ~1.120 bevallingen. We gaan er daarom van uit dat er tot 1.120 bevallingen sprake is van een vaste kostenbasis.

Omdat we in onze toekomstbestendige invulling uitgaan van andere werkwijze in Haga Zoetermeer dan de werkwijze van Haga Zoetermeer in 2022 (zie §3.1.3) tellen we in het uitgangspunt de meerkosten van ~€5 ton door deze andere werkwijze bij de kosten in 2022 op.

Vanaf 1.120 bevallingen gaan we niet meer uit van een vaste kostenbasis. We gaan ervan uit dat:

- De personeelskosten (exclusief MSC-bijdrage) stijgen met ~85% van het aantal bevallingen. Dit percentage is gelijk aan het verschil in personeelskosten in Zoetermeer en Den Haag gedeeld door het verschil in aantal bevallingen in Zoetermeer en Den Haag, waarbij we voor Zoetermeer zijn uitgegaan van 1.120 bevallingen tegen dezelfde personeelskosten.
- Het honorarium van het MSC gelijk blijft (inclusief extra kosten voor andere werkwijze).
- De overige kosten (alle directe en indirecte kosten met uitzondering van personeel en MSC-bijdrage) gelijk blijven aan ca. 40% van de totale kosten.

Voor de inkomsten gaan we ervan uit dat deze naar rato van het aantal bevallingen mee veranderen.

Potentieel groei aantal bevallingen

We verwachten dat Haga Zoetermeer meer klinische bevallingen kan aantrekken om doelmatiger te kunnen werken. Om te berekenen hoeveel groei mogelijk is maakten we gebruik van productie- en DHD-data van het Haga. Allereerst zal het aantal klinische bevallingen bij gelijk marktaandeel door demografie groeien met 160 bevallingen. Daarnaast verwachten we dat Haga Zoetermeer haar marktaandeel kan uitbreiden. Hiervoor analyseerden we de marktaandelen in verschillende delen van het werkgebied. Op basis van DHD-gegevens berekenden we per deel van het werkgebied de potentiële groei:

- VSV Zoetermeer: het marktaandeel voor klinische bevallingen binnen het VSV was in 2022 gelijk aan 76%. Op basis van een interview met een ander ziekenhuis in de regio verwachten we dat het marktaandeel kan stijgen naar 90%. Inclusief demografische groei komt dit overeen met een groei van 170 klinische bevallingen.
- Rest adherentiegebied (exclusief VSV Zoetermeer): het marktaandeel in randen van het adherentiegebied was in 2022 gelijk aan 10%. Een deel van dit gebied ligt in gemeente Den Haag. Voor Den Haag verwachten we een maximaal marktaandeel van 10%, omdat de twee ziekenhuizen in eigen gemeente (Haga Den Haag en HMC Westeinde) een meer aannemelijke keuze lijken voor zwangeren in dit gebied. Voor de rest van het adherentiegebied (buiten VSV) verwachten we dat het marktaandeel kan groeien naar 50%. Dit is mogelijk te bereiken als eerstelijnsverloskundigenpraktijken in de randgebieden zich aansluiten bij VSV Zoetermeer of als praktijken aangesloten bij VSV Zoetermeer spreekuren organiseren in de randgebieden. Dit lichten we verder toe in §3.2.2. In totaal verwachten we

dat het marktaandeel in de randgebieden van het adherentiegebied dan stijgt naar 33%, wat overeenkomt met een groei van 110 klinische bevallingen.

- Buiten adherentiegebied: de groei in klinische bevallingen van buiten het adherentiegebied schatten we op twee verschillende manieren:
 - Op basis van demografische groei: als we de demografische groei toepassen op de totale overstroom van buiten het adherentiegebied komen we op een groei van 30 klinische bevallingen.
 - Op basis van de groei in overstroom tussen 2019 en 2022: het maandelijks aantal klinische bevallingen van buiten het adherentiegebied groeide van 8 naar 15. Dit komt overeen met 21 extra bevallingen per jaar. Als we dezelfde groei doorrekenen komen we op een potentiële groei van buiten het adherentiegebied van 170 klinische bevallingen.

Omdat de eerste methode waarschijnlijk tot een onderschatting leidt en de tweede tot een overschatting, namen we het gemiddelde van de twee methoden. Daarmee komen we op een potentiële groei van 100 klinische bevallingen van buiten het adherentiegebied. Voor poliklinische bevallingen is het door gebrek aan de juiste gegevens niet mogelijk om de potentiële groei in marktaandeel te berekenen.

OK-gebruik tijdens ANW-uren

Voor de inschatting van het OK-gebruik tijdens ANW-uren maakten we gebruik van data van het Haga. We berekenden het aantal bevallingen waarbij de OK nodig is door de volgende zorgproducten te selecteren:

- 159899007 – ‘Sectio caesarea’
- 159899004 – ‘Partus met complexe fluxusbehandeling OK’
- 159899010 – ‘Partus met (manuele) placentaverwijdering / oper cervixscheur’

Voor Zoetermeer betrof dit in 2022 ~240 bevallingen met OK-gebruik, voor Den Haag ~720. Sectio's vinden deels gepland plaats op doordeweekse dagen tijdens OK-uren (overdag). We verminderden het totale OK-gebruik daarom met het aantal geplande sectio's. Dit aantal berekenden we op basis van cijfers van de afdeling verloskunde in Zoetermeer voor het aandeel geplande sectio's (47% van totaal sectio's). Omdat we voor het aandeel geplande sectio's alleen over gegevens voor Zoetermeer beschikten, pasten we hetzelfde aandeel toe op het totaal aantal sectio's in Den Haag. Vervolgens berekenden we verhoudingsgewijs het aantal bevallingen met OK-gebruik tijdens doordeweekse dagen (uitgaande van een dagdienst van 9 uur), doordeweekse avonden/nachten en tijdens weekend- en feestdagen.

Bijlage 2. Aanvullende resultaten

Huidige en verwachte aantallen bevallingen

In 2022 deed Haga Zoetermeer ~1.110 bevallingen. Richting 2030 stijgt dit aantal op basis van demografie naar ~1.300 bevallingen. In Tabel 5 beschrijven we de verdeling van deze huidige en verwachte aantallen naar type bevalling en woonlocatie van de zwangere.

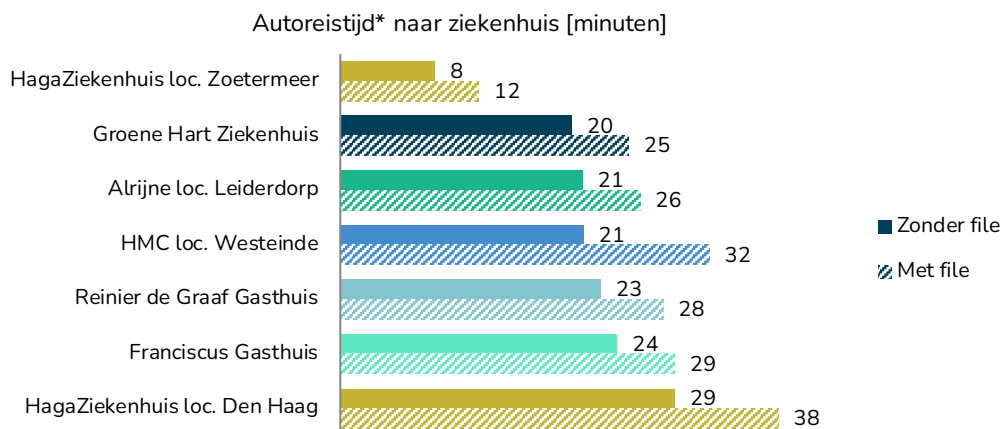
Tabel 5. Haga Zoetermeer doet jaarlijks ~1.110 bevallingen. Naar verwachting stijgt dit aantal op basis van demografie naar 1.300 bevallingen. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga, CBS en kwetsbaarheid kansenkaart.

		2022	2030
Locatie bevalling	Type bevalling		
	Totaal	1.110	1.300
	Klinisch	860	1.010
	Met medische zwangerschap	440	510
Haga Zoetermeer	Zonder medische zwangerschap	420	500
	Poliklinisch	250	290
	Met plaatsindicatie	70	80
	Op eigen verzoek	180	210
Thuis	Totaal	160	190
Locatie bevalling	Woonlocatie zwangere		
	Totaal adherentiegebied Haga Zoetermeer	900	1.060
	Klinisch	680	800
	Poliklinisch	220	260
	VSV Zoetermeer	850	1.000
	Klinisch	640	750
	Poliklinisch	210	250
Haga Zoetermeer	Rest adherentiegebied	50	60
	Klinisch	40	50
	Poliklinisch	10	10
	Totaal adherentiegebieden andere ziekenhuizen	210	240
	Totaal gemeente Zoetermeer	830	970
	Totaal wijk met autobezit < Nederland	350	410
	Totaal wijk met kwetsbaarheidsindex > Nederland	680	800
Locatie bevalling	Woonlocatie zwangere <u>klinische</u> bevallingen		
Totaal		1.300	1.530
Haga Zoetermeer		680	800
Haga Den Haag	Adherentiegebied Haga Zoetermeer	90	100
Ander ziekenhuis		530	630

Inrichtingsmogelijkheid ‘Bevallingen elders in de regio’

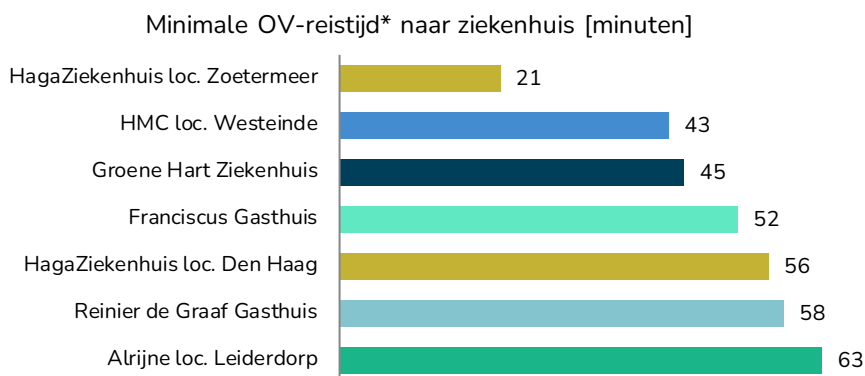
Reistijden en reiskosten

Voor tweedelijnszorgverleners die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen, is GHZ met de auto het dichtstbijzijnde alternatief (zie Figuur 34).



Figuur 34. Voor tweedelijnsgeboortezorgverleners (verloskundigen, (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden met vaste uren) die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen is GHZ met de auto het dichtstbijzijnde alternatief. *Autoreistijd zonder file is gebaseerd op reistijd tussen centra van pc4-gebieden en adres ziekenhuis voor een motorvoertuig op een doordeweekse dag met goede doorstroming verkeer. De autoreistijd met file betreft de gemiddelde autoreistijd op dinsdagochtend om 08:00. Bron: analyse SiRM op basis van personeelsbestand Haga en Geodan reistijdentabel 2023.

We verwachten dat een deel van de tweedelijnszorgverleners met het ov naar hun werk reizen. Voor tweedelijnszorgverleners die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen is het HMC het dichtstbij met het OV. Het GHZ is met ov een beter alternatief dan RdGG en Alrijne.



Figuur 35. Met het OV is voor tweedelijnsgeboortezorgverleners (verloskundigen, (O&G-)verpleegkundigen en verzorgenden met vaste uren) die nu het dichtst bij Haga Zoetermeer wonen het HMC het dichtstbijzijnde alternatief. *Snelste tijd volgens de NS-reisplanner. Inclusief overstaptijd en looptijd. Exclusief wachttijd voor het eerste vervoersmiddel. Bron: analyse SiRM op basis van de NS-reisplanner.

Ook als we kijken naar de reiskosten, het aantal overstappen en de looptijd bij een reis met het ov ligt HMC relatief gunstig (zie Tabel 6).

Tabel 6. Als we kijken naar reiskosten en het aantal overstappen met het ov ligt HMC gunstig. *Voor de reiskosten met de auto rekenen we de in 2024 wettelijk toegestane maximale kilometervergoeding van €0,23. De weergegeven bedragen

en aantallen zijn gewogen gemiddelden op basis van het aantal vrouwen dat in een pc4-gebied woont. Bron: NS reisplanner, Geodan reistijdentabel 2023.

	Auto	OV		
	Reiskosten* enkele reis [€]	Overstappen [aantal]	Looptijd [minuten]	Prijs enkele reis [€]
HagaZiekenhuis Zoetermeer	€0,90	Niet bepaald	Niet bepaald	Niet bepaald
HMC Westeinde	€4,00	0	2,3	€4,00
Groene Hart Ziekenhuis	€4,20	0,7	10,8	€3,60
Franciscus Gasthuis & Vlietland	€4,40	2,2	6,3	€5,00
HagaZiekenhuis Den Haag	€5,10	0,6	5,3	€4,70
Reinier de Graaf Gasthuis	€5,50	2,0	10,1	€3,40
Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp	€4,90	1,4	8,4	Onbekend

Werkafspraken VSV's

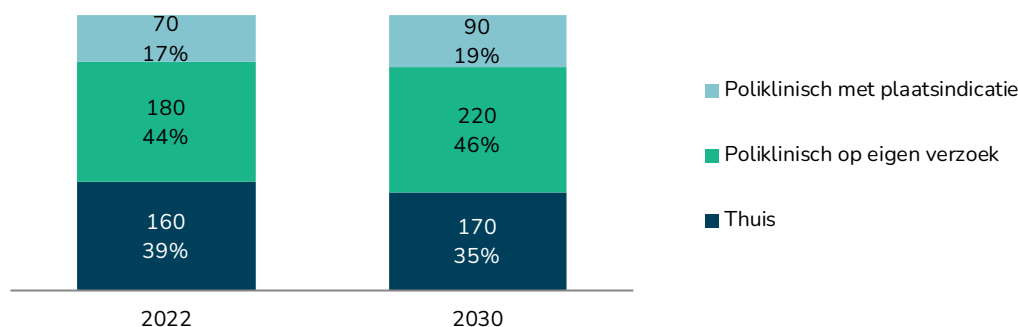
De werkafspraken van GHZ lijken inhoudelijk het meest overeen te komen met die van Haga Zoetermeer. We zien een vergelijkbare, iets sterkere focus op fysiologie: meer en/of langer begeleiding van de zwangere in de eerste lijn. We vergeleken in totaal vier onderwerpen waarvoor zowel Haga Zoetermeer, GHZ, RdGG, Alrijne, HMC en Haga Den Haag een werkafpraak openbaar gepubliceerd hebben.

- Aspirine ter preventie pre-eclampsie of groeirestrictie: In de werkafpraak van Alrijne, Haga Den Haag, HMC en RdGG wordt aanbevolen om zwangeren in te sturen voor consult in de tweede lijn. Haga Zoetermeer en GHZ hebben beide counseling door de eerste lijn opgenomen. Alleen GHZ beveelt niet aan om zwangeren naar tweede lijn te verwijzen voor consult, maar eerst naar de huisarts.
- Diabetes gravidarum: In werkafpraak Haga Zoetermeer en GHZ staat dat behandeling in eerste instantie plaatsvindt in eerste lijn met dieetadvies. In de werkafpraak van Alrijne, Haga Den Haag, HMC en RdGG start de behandeling in de tweede lijn met dieetadvies.
- Obesitas: In werkafpraak Haga Zoetermeer en GHZ zijn wel plaatsindicaties, maar geen tweedelijnsindicaties opgenomen bij bepaalde BMI-scores. Bij Alrijne, Haga Den Haag, HMC en RdGG is er bij een BMI hoger dan 40 wel een tweedelijnsindicatie aanbevolen.
- Zorgvragen buiten de richtlijnen: In de werkafspraken van zowel Haga Zoetermeer, GHZ, Alrijne, Haga Den Haag, HMC en RdGG staat multidisciplinair overleg (MDO) en *shared decision making* centraal. In de werkafpraak voor Haga Zoetermeer lijkt een iets verdergaande/formele organisatie van het MDO met het Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIGA-)team.

Toename in poliklinische bevallingen

Naar verwachting neemt netto het aantal poliklinische bevallingen, zowel met plaatsindicatie als op eigen verzoek, licht toe richting 2030 (zie Figuur 36).

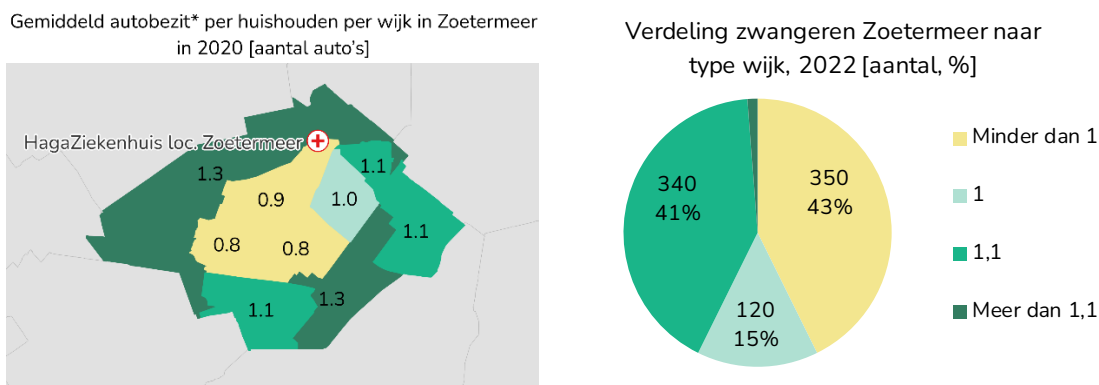
Verwachte verandering verdeling thuis- en poliklinische bevallingen Haga Zoetermeer, 2022-2030 [aantal, %]



Figuur 36. Naar verwachting neemt bij 'Bevallingen elders' het aantal poliklinische bevallingen met plaatsindicatie en op eigen verzoek licht toe richting 2030. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga en Perined.

Kwetsbare inwoners van Zoetermeer

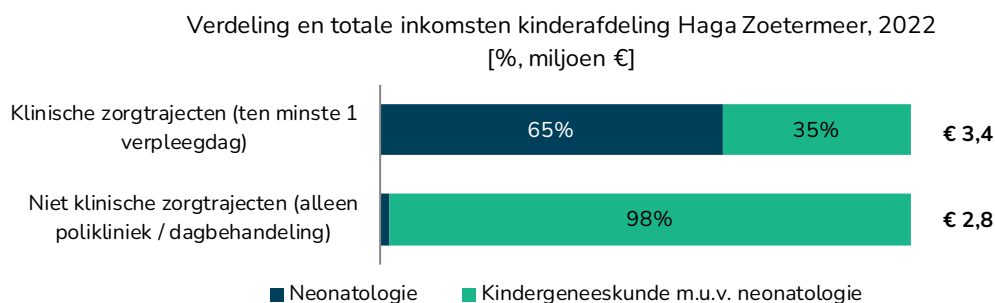
Ruim 40% van de Zoetermeerse zwangeren woonde in 2022 in een wijk waar inwoners gemiddeld over minder dan één auto per huishouden beschikken (zie Figuur 37).



Figuur 37. Vooral in het centrum is het gemiddelde autobezit laag (minder dan één auto per huishouden) (links). Ruim 40% van de Zoetermeerse zwangeren woonde in 2022 in een wijk waar inwoners gemiddeld over minder dan één auto beschikken (rechts). Bron: CBS en data Haga.

Kinderafdeling Zoetermeer

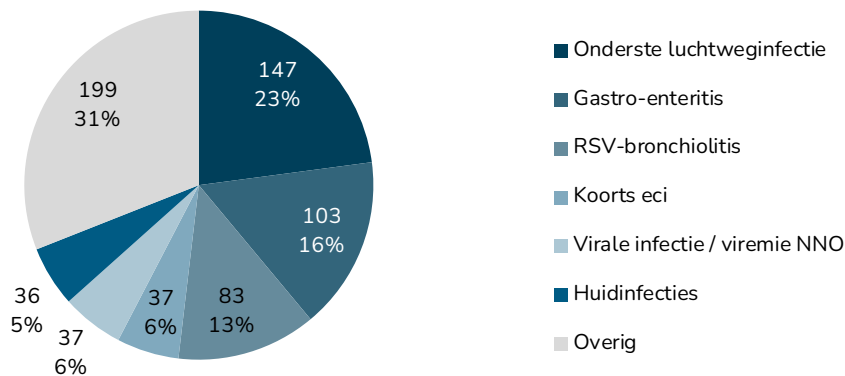
De inkomsten van de kinderafdeling van de klinische zorgtrajecten komen voor 65% uit de neonatologie (zie Figuur 38).



Figuur 38. De inkomsten van de klinische zorgtrajecten komen voor 65% uit neonatologie. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga.

Wanneer acute opnames op de kinderafdeling niet meer mogelijk zijn treft dit vooral luchtweginfecties, gastro-enteritis of RSV (zie Figuur 39).

Verpleegdagen bij acute opnames kinderafdeling 2022 [aantal, %]

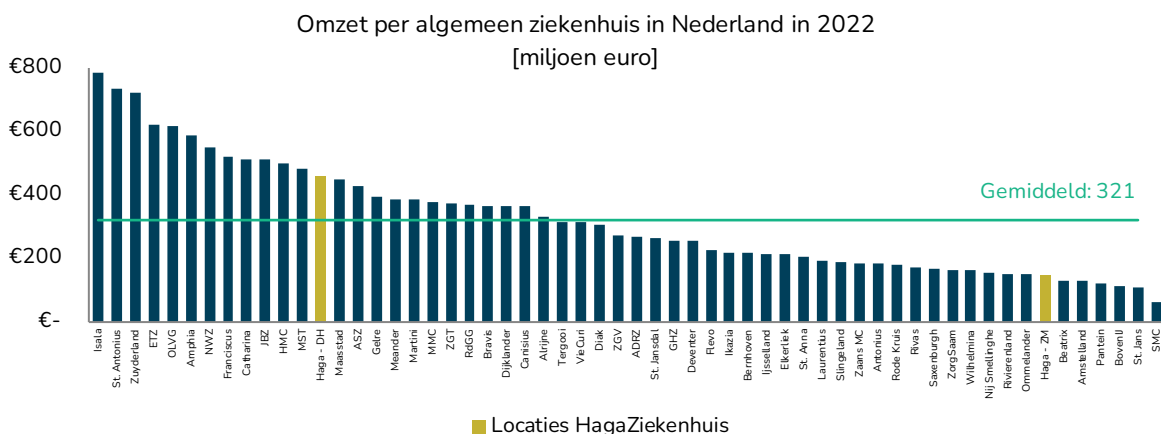


Figuur 39. Binnen acute opnames op de kinderafdeling betreft het aantal verpleegdagen voor meer dan de helft luchtweginfecties, gastro-enteritis of RSV. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga en zorgproduct- en diagnoseomschrijving NZa.

Inrichtingsmogelijkheid 'Uitbreiding bevallingen in Haga Zoetermeer'

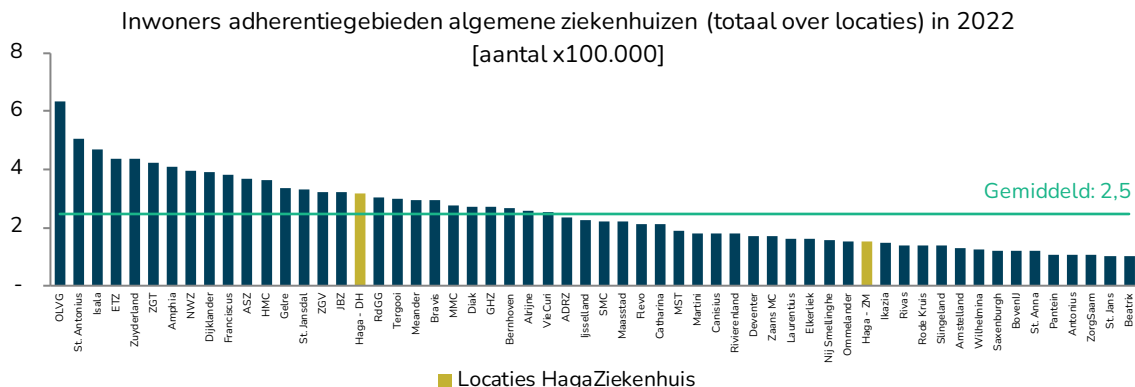
Omzet en omvang adherentiegebieden Nederlandse ziekenhuizen

Qua omzet ligt Haga Zoetermeer op ongeveer 45% van het gemiddelde van Nederland (zie Figuur 40). Het lijkt dus dat Haga Zoetermeer nog veel omzetpotentieel heeft.



Figuur 40. Qua omzet ligt Haga Zoetermeer op ongeveer 45% van het gemiddelde van Nederland. Bron: analyse SiRM op basis van DigiMV.

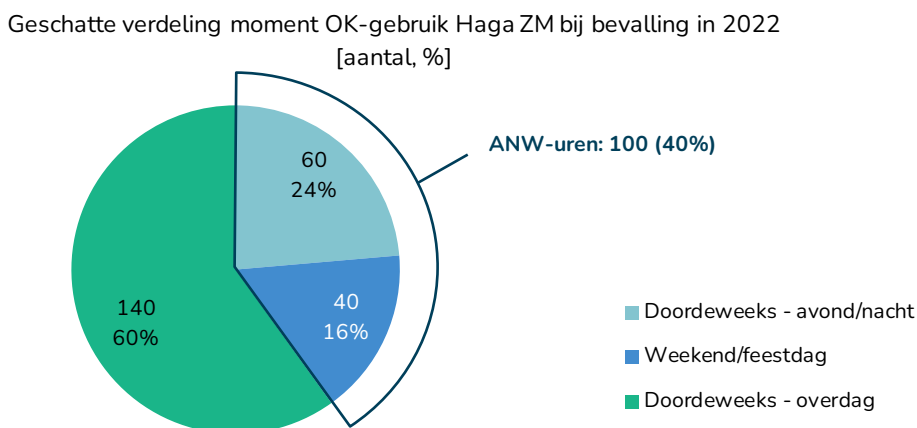
Als algemeen ziekenhuis heeft Haga Zoetermeer een adherentiegebied van ongeveer 150.000 inwoners. Hiermee ligt Haga Zoetermeer op ongeveer 60% van de algemene ziekenhuizen in Nederland (zie Figuur 41).



Figuur 41. Met een adherentiegebied van ongeveer 150.000 inwoners ligt Haga Zoetermeer op ongeveer 60% van het gemiddelde van algemene ziekenhuizen in Nederland. Bron: analyse SiRM op basis van Geodan reistijdentabel 2023 en CBS.

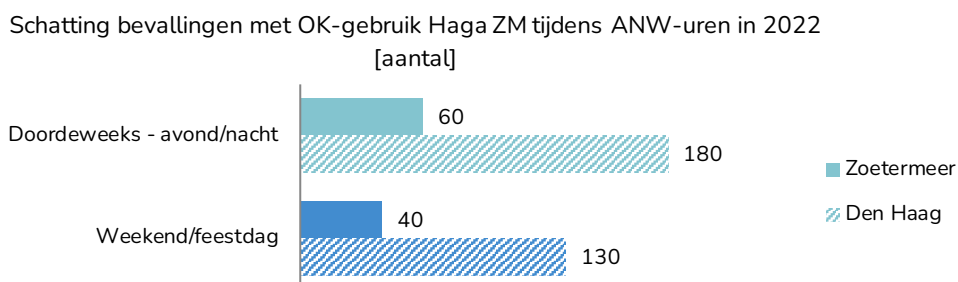
Gebruik OK tijdens bevalling

Het OK-gebruik voor verloskunde in Zoetermeer valt slechts voor een deel (40%) tijdens ANW-uren (zie Figuur 42).



Figuur 42. Het OK-gebruik voor verloskunde in Zoetermeer is voor 40% tijdens ANW-uren. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga.

Het OK-gebruik tijdens ANW-uren voor verloskunde is een stuk lager dan in Den Haag (zie Figuur 43).



Figuur 43. Het OK-gebruik tijdens ANW-uren voor verloskunde in Zoetermeer is een stuk lager dan in Den Haag. Bron: analyse SiRM op basis van data Haga.