

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 9 juni 2022

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/557-3 (*)

Advies over een aanpassing van de organieke normen met betrekking tot de materniteiten

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 09/06/2022 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

Met het oog op het formuleren van een advies op de adviesvraag van de minister van 10/05/2022, werd in de schoot van de FRZV de werkgroep 'ziekenhuisnetwerken', aangevuld met geïnteresseerde leden, samengeroepen. Deze werkgroep kwam samen op 24 mei en 2 juni 2022.

Situering van het advies

In zijn adviesvraag van 10 mei 2022 vraagt de minister advies uit te brengen over een aanpassing van de organieke normen met betrekking tot de materniteiten.

Het gaat hier meer bepaald over een aanpassing van het KB van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Het voorstel van de minister heeft betrekking op artikel 17 en 18:

Art. 17. In een kraaminrichting (kenletter M) moeten gemiddeld, tijdens drie opeenvolgende jaren, ten minste 400 bevallingen per jaar plaats hebben.

Art. 18. Het in artikel 17 vastgestelde activiteitsniveau voor kraaminrichtingen (kenletter M), geldt niet indien:

1° (deze opgericht zijn) in een gebied waar de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 25 km verder bevindt;

2° (deze opgericht zijn) in een gemeente met minstens 20 000 inwoners waarbij de dichtstbijzijnde soortgelijke dienst zich minstens 15 km verder bevindt

3° de dichtstbijzijnde kraaminrichting, behorend tot dezelfde Gemeenschap, zich op een afstand van minimum 50 km bevindt.

Het uitgangspunt van de adviesvraag is het rapport 323A "de organisatie van de materniteiten in België" dat het KCE in 2019 uitbracht. De vraag, die het KCE in dit rapport wilde beantwoorden is: wat is de juiste schaalgrootte om tot een efficiënte verhouding te komen tussen bevallingen en personeelskosten. In de studie worden efficiëntie, bereikbaarheid binnen een redelijke aanrijtijd en tijdige toegang tot een bed als doelstelling nagestreefd en tegen elkaar afgewogen.

Het KCE concludeert dat om efficiënt te werken een minimale activiteit van 557 bevallingen per jaar nodig is. Voor wat betreft de bereikbaarheid gaat het KCE uit van een aanrijtijd van 30 minuten.

Het voorstel van de minister gaat over:

- ✓ Aanpassing van artikel 17 van het KB van 30 januari 1989:
Optrekken van de minimumnorm van 400 bevallingen naar 550 bevallingen per jaar.
- ✓ Behoud van artikel 18 van het KB van 30 januari 1989:
De minister wil sterker rekening houden met de factor nabijheid, door niet te opteren voor een aanrijtijd van 30 minuten, zoals het KCE voorstelt, maar door het behoud van de huidige geografische uitzonderingsmaatregelen.

Advies van de FRZV

1. Kwaliteit van zorg

De studie van het KCE geeft een antwoord op de vraag wat de juiste schaalgrootte is om tot een efficiënte verhouding te komen tussen bevallingen en personeelskosten. Het huidige tekort aan zorgpersoneel vormt een bijkomende factor om de conclusies van deze studie in het juiste tijdsperspectief te plaatsen.

Hoewel er in de literatuur geen aanwijzingen zijn dat voor laag-risico zwangerschappen en bevallingen er een verband bestaat tussen het volume van activiteit en resultaten van zorg, wenst de Raad de aandacht te trekken op het kwaliteitsaspect.

De raad wenst in die zin te wijzen op volgende aspecten:

Het grootste deel van de bevallingen verloopt normaal. Men moet echter wel voorbereid zijn voor het geval er iets verkeerd gaat, door onder meer de aanwezigheid van de juiste expertise, beschikbaarheid van infrastructuur en apparatuur en afspraken met gespecialiseerde centra (MIC – NIC).

We mogen niet enkel aandacht hebben voor volume (aantal bevallingen), maar dienen daarbij de volledige omkadering en samenstelling van het team te bekijken. Voor wat betreft het team gaat het hierbij niet enkel over de gynaecologen en vroedvrouwen, of verpleegkundigen. Ook de expertise en snelle beschikbaarheid van anesthesisten (bv in het geval van een dringende sectio) en van pediaters is eveneens bepalend voor de kwaliteit van zorg en outcome.

De Raad is van mening dat materniteit en pediatrie als zorgopdrachten bij voorkeur nauw met elkaar verbonden zijn. De combinatie van een dienst materniteit met een dienst pediatrie verhoogt de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis voor pediaters en biedt meer mogelijkheden voor uitbouw en behoud van expertise.

Monitoring van kwaliteitsindicatoren moet verder geïmplementeerd worden. Mortaliteitscijfers zijn voor deze activiteit minder geschikt. Daarbij kunnen perinatale cijfers, die door SPE¹ en CEP² verzameld worden, een eerste insteek vormen. Ook PREMS en PROMS³ kunnen hiervoor gebruikt worden.

In termen van kwaliteit moet men bovendien aandacht hebben voor het volledige perinatale zorg traject, met onder meer het pre- en postnatale traject alsook de ambulante bevallingen.

De Raad dringt er daarom op aan dat ook in gebieden waar eventueel een materniteit zou gesloten worden voldoende poliklinische pre- en postnatale opvolging gegarandeerd blijft. Deze zijn onmisbaar in een kwaliteitsvol moeder-kind programma.

Een aantal van de hierboven vermelde aanbevelingen hebben betrekking op verduidelijkingen van en aanpassingen bij de bestaande erkenningsnormen van de dienst materniteit. Gezien de erkenningsnormen niet tot de federale bevoegdheid behoort, gaat de Raad hier in dit advies niet dieper op in, maar wenst ze de deelstaten uit te nodigen om hierover een grondige reflectie te doen in functie van een eventuele bijsturing.

¹ Studiecentrum perinatale epidemiologie

² Centre d'épidémiologie périnatale

³ Patient Reported Experience Measurements en Patient Reported Outcome Measurements

2. Voorgestelde erkenningscriteria

a) Aantal bevallingen

De Raad verklaart zich akkoord met de aanpassing van artikel 1, met name de verhoging van het aantal bevallingen per vestigingsplaats van minimum 400 naar minimum 550 als voortschrijdend drie-jaargemiddelde.

b) Geografische uitzonderingen

De Raad verklaart zich akkoord met het gebruik van het afstandscriterium, met name het aantal km t.o.v. de meest nabijgelegen materniteit. Dit criterium is voor de meer afgelegen materniteiten vanuit patiëntenervaring een beter criterium dan de door de KCE voorgestelde aanrijtijd van 30 minuten.

Principieel stelt de Raad onder 'afstand gemeten tussen 2 nabijgelegen materniteiten' (zoals geformuleerd in artikel 18 van het KB van 30 januari 1989) te begrijpen dat hiermee de afstand tussen 2 materniteiten via de openbare weg wordt bedoeld, die via de snelste weg kan worden afgelegd.

De Raad stelt volgende aanpassingen van de geografische uitzonderingen voor. Aangezien het de voorkeur draagt dat elke zwangere, en zeker in geval van kwetsbare zwangerschappen, zoveel mogelijk in haar eigen taal⁴ behandeld wordt, stelt de Raad de volgende aanpassing van artikel 18 voor:

Art. 18. Het in artikel 17 vastgestelde activiteitsniveau voor kraaminrichtingen (kenletter M), geldt niet indien:

1° deze opgericht zijn in een gebied waar de dichtstbijzijnde tot dezelfde Gemeenschap behorende gelijkaardige dienst zich minstens 25 km verder bevindt; of

2° deze opgericht zijn in een gemeente met minstens 20 000 inwoners waarbij de dichtstbijzijnde tot dezelfde Gemeenschap behorende gelijkaardige dienst zich minstens 15 km verder bevindt.

3° (geschrapt)

c) Andere uitzonderingen

De verplichte sluiting van een materniteit o.b.v. de voorgestelde aanpassingen kan leiden tot een cascade van ongewenste implicaties op de organisatie en erkenning van een ziekenhuis. Indien deze maatregel de volledige sluiting van het ziekenhuis tot gevolg heeft, stelt de Raad voor dat het betrokken ziekenhuis een overgangstermijn van 2 jaar krijgt om de heroriëntatie van zijn activiteiten door te voeren, bv door reconversie, zodat het ziekenhuis aan de minimumnormen om als ziekenhuis erkend te blijven, kan voldoen. Het behoud van het aanbod van het ziekenhuis kan voor de populatie in de regio een reële meerwaarde hebben en noodzakelijk zijn. We denken hierbij onder meer aan de geriatrische populatie, waar nabijheid van zorg nog belangrijker is.

⁴ Hiermee worden de 3 officiële talen in België bedoeld (Nederlands, Frans en Duits)

3. Impact van sluiting

De voorgestelde erkenningscriteria zijn een eerste stap in de herorganisatie van de materniteiten met een aantal belangrijke gevolgen voor de betrokken ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken. We moeten aan de ziekenhuisnetwerken voldoende tijd geven om zich te herorganiseren. In een aantal ziekenhuizen zijn er reeds gesprekken lopende die op termijn kunnen aanleiding geven tot sluiting/samenvoeging of herallocatie (binnen het ziekenhuisnetwerk).

In deze tijden van schaarste moet er ook zorgvuldig omgegaan worden met het zorgpersoneel en artsen (in het bijzonder de gynaecologen). Zij moeten voldoende garanties krijgen dat ze elders in het netwerk hun activiteit kunnen verderzetten. Zij worden bij voorkeur pro-actief geïnformeerd en betrokken bij het actief zoeken naar oplossingen voor re-allocatie. Dit geldt niet exclusief maar zeker ook voor vroedvrouwen, die hun diploma na 2018 behaald hebben, aangezien zij geen verpleegkundige activiteiten meer kunnen verrichten buiten het domein van verloskunde en het perinatale zorgtraject. Ook de komende jaren moet op een zorgzame manier worden omgegaan met de medewerkers binnen de ziekenhuizen die met hart en ziel zich blijven inspannen voor een kwalitatief hoogstaand zorgaanbod. Sluitingen van diensten of het verlies van erkenningen van een ziekenhuis staan haaks op de reële noden binnen onze sector en kunnen een nefaste impact hebben op de beeldvorming.

De Raad pleit daarom voor een overgangstermijn (ook rekening houdende met het groeiproces en de geleidelijke afstemming van activiteiten binnen de ziekenhuisnetwerken), die voldoende lang is en enig perspectief biedt, en stelt op basis van bovenstaande argumentatie een overgangstermijn voor van 3 à 5 jaar dat ingaat vanaf het eerste jaar volgend op het jaar van publicatie van het KB. De termijn van 3 à 5 jaar wordt als voldoende lang en motiverend beschouwd om alle betrokken actoren binnen een ziekenhuisnetwerk de kans en tijd te geven de herschikking van de activiteiten en diensten binnen een netwerk invulling te geven. Het staat uiteraard elk ziekenhuis en netwerk vrij om reeds in een vroegere fase een eventuele herschikking door te voeren. In concreto zou na het 5^{de} jaar gemeten worden of het aantal bevallingen van elke materniteit op basis van het driejaarlijks gemiddelde (jaar 3+4+5) minstens 550 bevallingen per jaar bedraagt.

De Raad vraagt aan de deelstaten om bijkomende financiële middelen te voorzien voor de financiering van de mogelijke afbraakkosten en de schadeloosstelling voor de gebouwen (resterende afschrijvingen en financiële lasten) die definitief buitengebruik gesteld worden ten gevolge van de sluiting van de materniteiten.

De Raad wijst op de impact van de voorgestelde aanpassing van de aanvullende normen op de P*-functie en de NIC-bedden

P*-functie:

In artikel 6 §1 van het KB van 20 augustus 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie van regionale perinatale zorg (P*-functie⁵) moet voldoen om te worden erkend wordt het volgende voorzien:

⁵ Een P*-functie bestaat uit een afdeling voor hoogrisicozwangerschappen (MIC) en een erkende dienst voor intensieve neonatologie (NIC)

Elke P-functie dient schriftelijke, niet noodzakelijk exclusieve samenwerkingsovereenkomsten te hebben met ziekenhuizen, die beschikken over een erkende dienst kraaminrichting (kenletter M) en een erkende functie van lokale neonatale zorg, hierna te noemen N*-functie. Bedoelde ziekenhuizen met wie een samenwerkingsovereenkomst werd afgesloten, dienen samen ten minste 5000 bevallingen per jaar te verrichten. Overeenkomsten die niet resulteren in effectieve intra-uteriene of extra-uteriene doorverwijzingen worden als niet bestaande beschouwd. Door het sluiten en/of samenvoegen van materniteiten bestaat de mogelijkheid dat de huidige P*-functies in hun samenwerkingsovereenkomsten het verplichte aantal van 5000 bevallingen, gerealiseerd in ziekenhuizen met wie ze een samenwerkingsovereenkomst hebben afgesloten, niet meer behalen.*

NIC-dienst:

Het KB van 20 augustus 1996 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Art 3 “Bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor intensieve neonatologie, kenletter NIC”

I.3

De NIC-dienst moet beantwoorden aan ten minste drie van de hiernavolgende normen met dien verstande dat de in 5° bedoelde norm in ieder geval moet worden vervuld :

1° jaarlijks worden ten minste 50 pasgeborenen van minder dan 1 500 gram opgenomen;

2° jaarlijks hebben ten minste 15 % van de opnamen betrekking op pasgeborenen van minder dan 1 500 gram;

3° jaarlijks hebben ten minste 50 van de opnamen betrekking op patiënten die meer dan 24 uur kunstmatige ventilatie nodig hebben;

4° jaarlijks hebben ten minste 20 % van de opnamen betrekking op intra- of extra-uteriene transfers. Met betrekking tot intra-uteriene transfers gaat het om foetale transfers van kraamvrouwen die van het ene naar het andere ziekenhuis vervoerd werden met het oog op een geboorte in de onmiddellijke omgeving van de NIC-dienst;

5° jaarlijks worden ten minste 50 % van de NIC-patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden terug getransfereerd naar de doorverwijzende instelling voor verdere ziekenhuisverzorging.

Door het sluiten en samenvoegen van materniteiten zal het aantal intra- en extra-uteriene transfers en terugverwijzingen aanzienlijk dalen. Dit kan als gevolg hebben dat de bestaande NIC-diensten niet langer aan deze bepalingen kunnen voldoen.

De Raad acht het aangewezen om te onderzoeken of deze bepalingen aangepast moeten worden zodat de toegankelijkheid voor deze gespecialiseerde zorg voor hoogrisicozwangerschappen en de gespecialiseerde neonatale zorg niet in het gedrang komt. Desgevallend zal de Raad in een latere fase hierover een advies uitwerken.

De populatie van het geografisch gebied van de materniteit moet correct en tijdig geïnformeerd worden informeren. Dit is in eerste instantie een taak van de overheid. Ook van het ziekenhuis, de vroedvrouwen en de gynecologen, werkzaam in het ziekenhuis, wordt verwacht dat zij hun patiënten en de populatie tijdig op de hoogte brengen

De Raad adviseert tevens om een aangepaste vergoeding te voorzien voor interhospitaaltransport in geval er een transfer van de moeder en/of pasgeborene naar respectievelijk een MIC-dienst of een NIC-dienst (en terug) georganiseerd moet worden. Ook moet er nagedacht worden over transportmogelijkheden van kwetsbare zwangere vrouwen naar een materniteit aangezien de afstand tot de materniteit aanzienlijk kan verhogen bij het sluiten van een aantal materniteiten.
