

**Invulling zwangerschapscoördinatie - Zuid aan Zee**

***Pre-ambule***

*Bij de invulling van de zwangerschapscoördinatie sluit het VSV Dirksland nauw aan bij de omschrijving van de zorgstandaard ‘integrale geboortezorg’ (d.d. 31 mei 2016). Eerst beschrijven wij de rol van de zwangerschapscoördinator. In de bijlage is dit uitgewerkt in een werkinstructie. Mocht de zorgstandaard n.a.v. het nog in te winnen juridisch advies door CPZ worden gewijzigd, zal dit document overeenkomstig worden herzien.*

De zwangerschapscoördinator bewaakt onder meer het belang van de zwangere, ondersteunt haar zelfmanagement en ziet erop toe dat de integrale geboortezorg geleverd wordt volgens het opgestelde Individuele zorgpad. Uitgangspunt is dat de zwangere (en haar partner) goed geïnformeerd en geadviseerd wordt over de zwangerschap en eventuele risico’s. Het zal met name bij kwetsbare zwangeren vragen om een meer pro-actieve houding, zodat alle zorg rondom deze zwangeren goed verloopt. De zwangerschapscoördinator draagt zorg voor het regisseren van de optimale zorgverlening, o.a. door de toepassing van het toegewezen zorgpad te bewaken en te zorgen dat de benodigde informatie bekend is bij de overige zorgverleners. De zwangerschapscoördinator hoeft niet per definitie de persoon te zijn die ook daadwerkelijk de zorg verleent. Bij algemene en acute zaken zal de desbetreffende verloskundige of gynaecoloog de benodigde acties zelf uitvoeren. Indien nodig wordt de zwangerschapscoördinator op de hoogte gesteld. De behandelend verloskundige kan samenvallen met de rol van zwangerschapscoördinator.

Binnen integrale geboortezorg heeft de zwangere c.q. kraamvrouw een vast aanspreekpunt. In principe is de coördinator het vaste aanspreekpunt. Indien de coördinator deel uitmaakt van een verloskundige praktijk, is deze praktijk het aanspreekpunt voor de algemene en acute zaken. Het moet voor de zwangere altijd volstrekt helder zijn wie zij op welk moment en op welke wijze kan aanspreken (de coördinator of praktijk) voor het gehele verloop van de zwangerschap, de bevalling en kraamperiode.

Aan elke zwangere wordt, in onderling overleg, één zwangerschapscoördinator gekoppeld die het beste past bij het (de) gekozen zorgpad(en). In de meeste gevallen vervult de verloskundige die de intake heeft gedaan, de rol van coördinerend zorgverlener, maar in overleg kan het ook een andere verloskundige of de gynaecoloog zijn. Dit wordt in het MDO definitief bepaald en vervolgens besproken met de zwangere. De zwangerschapscoördinator is tijdens de hele zwangerschapsperiode en het kraambed aangewezen voor de coördinatie van de benodigde zorg totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts.

Onder omstandigheden kan een zorgverlener al in de preconceptiefase, dus voordat sprake is van een daadwerkelijke zwangerschap, de rol van zwangerschapscoördinator op zich nemen. Het gaat daarbij met name om vrouwen met een complexe chronische aandoening waarbij in de preconceptiefase al overleg met verschillende zorgverleners dient plaats te vinden.

De zwangerschapscoördinator heeft primair de taak om ten behoeve van de zwangere de professionele zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot maximaal zes weken na de bevalling voor de moeder en tot en met de tiende dag na de bevalling voor de pasgeborene.

Concreet gezien betekent dit:

* Het fungeren als aanspreekpunt voor de zwangere.
* Het informeren van de zwangere over haar rechten, het ondersteunen van de eigen rol van de zwangere tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode en het haar wegwijs maken in het systeem van integrale geboortezorg, zodat zij zo veel mogelijk zelfregie kan uitoefenen.
* Op een proactieve wijze toezien, dat geïntegreerde geboortezorg wordt geleverd volgens het opgestelde Individuele zorgpad.
* Het afstemmen met andere zorgverleners van de vrouw, wanneer zij een bepaalde (chronische) aandoening heeft opdat de zorgverlening binnen en buiten de geboortezorg op elkaar aangesloten wordt.
* Het wanneer noodzakelijk met toestemming van de vrouw overdragen van alle relevante gegevens aan andere zorgverleners. In opdracht van de zwangerschapscoördinator en bij algemene en acute zaken kan dit door een andere zorgverlener uitgevoerd worden.

Belangrijk is, dat de zwangerschapscoördinator een vertrouwensband opbouwt met de zwangere, zodat deze zich veilig voelt. Daarnaast weten zwangere en overige zorgverleners wie de regie heeft over het proces van zorgverlening. Hierdoor kan gericht bij de zwangerschapscoördinator informatie gevraagd worden indien er zaken onduidelijk zijn of niet goed lopen. Te allen tijde is het voor de zwangere mogelijk een andere coördinerend zorgverlener te kiezen.

De zwangerschapscoördinator is in deze rol niet verantwoordelijk voor de aansturing van andere zorgverleners (huisartsen, ander betrokken verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, etc.) en hoeft niet altijd primair verantwoordelijk te zijn voor de zorg c.q. behandeling van een zwangere. De behandelend verloskundige/gynaecoloog die de zorg verleent aan de zwangere is voor haar eigen handelen en/of nalaten verantwoordelijk ingevolge de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet BIG.

Er kunnen redenen zijn om van coördinerend zorgverlener te veranderen, bijvoorbeeld bij ernstige complicaties tijdens de zwangerschap. Wanneer de zwangere in een niet-acute situatie wordt overgedragen aan een zorgverlener in een andere setting, of vice versa, vergt dit de toestemming van de zwangere en is de dienstdoende zorgverlener hier verantwoordelijk voor. Deze verantwoordelijkheid geldt tot het moment dat de overdracht daadwerkelijk is gerealiseerd. Een dergelijke verandering dient expliciet te gebeuren en gaat gepaard met een zorgvuldige overdracht van gegevens en taken. De zwangerschapscoördinator wordt hiervan op de hoogte gebracht.

***Bijlage: Werkinstructie zwangerschapscoördinator***

1. De zwangerschapscoördinator is in beginsel de verloskundige, die de intake afneemt. Deze verloskundige is verantwoordelijk voor de verwerking van de informatie en zorgt ervoor dat de zwangere in het MDO besproken wordt. Wanneer de zwangerschapscoördinator niet de verloskundige is die het MDO doet, is deze wel verantwoordelijk voor het feit dat de zwangere in het MDO besproken wordt.
2. In het MDO krijgt de zwangere één of meerdere zorgpaden toegewezen en wordt op basis hiervan definitief bepaald wie de zwangerschapscoördinator is waarbij rekening gehouden wordt met de wensen van de zwangere. De zwangere is op de hoogte van deze bespreking en de volgende controle zal zij geïnformeerd worden over de uitkomst hiervan en wie haar definitieve zwangerschapscoördinator is. Dit wordt in het dossier vastgelegd.
3. Voor de zwangere dient helder te zijn wat de rol van zwangerschapscoördinator inhoudt en dat deze rol niet betekent dat deze zorgverlener ook alle consulten doet en/of bij de partus aanwezig is. Dit laatste zal altijd de dienstdoende verloskundige zijn.
4. De continuïteit van zorg staat voorop waardoor situaties denkbaar zijn dat de zorg door een collega overgenomen wordt, bijvoorbeeld in een acute situatie als miskraam, IUVD, etc. Dan zal, in overleg met de zwangere, de verloskundige die hierbij een actieve rol speelt het contact begeleiden en zorgdragen voor de overdracht en de zwangerschapscoördinator informeren.
5. Punt 3 en 4 worden bij de intake helder met de zwangere gecommuniceerd.
6. De zwangerschapscoördinator stelt samen met de zwangere haar individuele zorgpad samen. Het plan sluit aan op de eventueel geconstateerde risico’s en beschrijft de belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap. De verschillende zorgverleners die bij de zorg betrokken zijn, worden in het plan zoveel als mogelijk bij functie genoemd. Een eerste versie van dit zorgpad is uiterlijk in de 16e week van de zwangerschap voor zowel de zwangere als de betrokken zorgverlener(s) schriftelijk beschikbaar.
7. Indien de kinderarts op de hoogte moet zijn van het zorgpad van de zwangere, dan zal dit na toestemming van de zwangere om het zorgpad in het MDO te bespreken, gemeld worden door de gynaecoloog aan de kinderarts die aanwezig is bij het MDO. De gynaecoloog zorgt voor terugkoppeling naar de betreffende verloskundigenpraktijk. Alle overige betrokken zorgverleners worden indien nodig geïnformeerd door de zwangerschapscoördinator en betrokken zorgverleners koppelen hun bevindingen terug aan de zwangerschapscoördinator.
8. Extra contactmomenten met de zwangere kunnen nodig zijn (bijvoorbeeld telefonisch). Dit zal over het algemeen in niet acute situaties gedaan worden door de zwangerschapscoördinator. Uitgangspunt is dit zo veel mogelijk door één en dezelfde persoon te laten doen. Hiervan wordt een notitie gemaakt in de zwangerschapskaart en staat tevens benoemd in de overdracht, zodat iedere zorgverlener zich kan inlezen en dus op de hoogte is van de actuele gang van zaken.
9. Bij 30-32 weken zal de kraamzorg een intake bij de zwangere verrichten. Deze wordt teruggekoppeld aan de praktijk en waar nodig zal de praktijk ook een huisbezoek afleggen, zie hiervoor protocol huisbezoeken. Bij problematiek in de thuissituatie wordt de zwangerschapscoördinator op de hoogte gesteld en zorgt voor de juiste maatregelen.
10. De zwangerschapscoördinator ondersteunt de zwangere bij haar keuze en adviseert bij een medische of sociale indicatie over een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum.
11. Bij een consult of overdracht naar de gynaecoloog zal de actuele zwangerschapskaart worden meegeven of overhandigd, zodat alle informatie compleet is. De gynaecoloog is verantwoordelijk dat het vervolg van zorg teruggekoppeld wordt aan de praktijk, bij voorkeur telefonisch en anders middels aantekening op de zwangerschapskaart of per brief.
12. De zwangerschapscoördinator draagt er zorg voor dat in de eerste dagen na de bevalling de huisarts van de kraamvrouw op de hoogte wordt gesteld van de bevalling.
13. De kraambedcontroles (uitgevoerd door verpleegkundigen in het ziekenhuis en/of kraamzorg thuis) worden gesuperviseerd door de dienstdoende verloskundige en/of gynaecoloog. Rond de 10e dag zal de zorg voor de neonaat worden overgedragen aan het CJG. Dit is de verantwoordelijkheid van de dienstdoende verloskundige.
14. De nacontrole 6 weken post partum wordt bij een ongecompliceerde baring afgesproken bij de verloskundige: dit is in principe de parteur of zwangerschapscoördinator, behalve als de cliënte expliciet met een andere zorgverlener de nacontrole wil doen. Bij problematiek rondom de baring is het nadrukkelijk gewenst de nacontrole bij de parteur af te spreken: hierbij kan samen met de cliënte de baring geëvalueerd worden en indien van toepassing een advies uitgebracht worden t.a.v. de volgende zwangerschap en/of baring. Hiervan wordt notitie gemaakt in het dossier.
15. Wanneer de nacontrole door iemand anders dan de zwangerschapscoördinator plaatsvindt, is deze zorgverlener bij bijzonderheden verantwoordelijk voor de terugkoppeling van deze nacontrole aan de zwangerschapscoördinator. De zorgverlener die de nacontrole doet is verantwoordelijk is voor het afsluiten van het dossier.