

VSV

Werkgroep Coördinerend Zorgverlener

1. Opdracht

Opdracht werkgroep Coördinerend Zorgverlener	
Opdracht	Stel een format en werkwijze op voor een Coördinerend Zorgverlener in ons VSV. Maak een plan met kritische succesfactoren voor de implementatie. Doe een voorstel voor indicatoren om succes van doelstelling te meten.
Scope	De casemanager is vanaf de intake, het eerste consult tot 6 weken na de bevalling primair verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts.
Opdrachtgevers	Simone Vankan-Buitelaar namens VSV bestuur
Opdrachtnemers	Marijke Lageweg (Klinisch Verloskundige) Bas van Rijn (Gynaecoloog) Marjolein Boersma (Verloskundige)
Meelezer	Mariëlle v.d. Riet (Kraamzorgmanager)
Doelstellingen en beoogd resultaat	De Coördinerend Zorgverlener heeft 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. Zie paragraaf 9.1.2 in de Geboortezorgstandaard voor de concrete doelen.
Uitgangspunten	- Geboortezorgstandaard, paragraaf 9.1.2 - Basiszorgpad

2. Integrale Geboortezorg

Uitgangspunt voor de Werkgroep Coördinerend Zorgverlener:

1. Vertalen CPZ Zorgstandaard naar de praktijk
2. Onderdeel van implementatie Basis Zorgpad en Individueel Geboortezorgplan
3. Meetbare kwaliteit (indicatoren) om waardegestuurde zorg binnen het VSV mogelijk te maken. Aanbeveling tot verdere uitwerking in samenwerking met Stuurgroep Value-Based Health Care (i.o.)

3. Waarom een coördinerend zorgverlener?

Het CPZ zet in hun rapportage de coördinerend zorgverlener centraal in de regie van integrale geboortezorg. In de CPZ Standaard wordt dit als volgt gedefinieerd:

3.1. Doel van de coördinerend zorgverlener

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

3.2. Taken van coördinerend zorgverlener (CPZ Zorgstandaard):

- Fungeren als aanspreekpunt voor de zwangere
- 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 (gericht op zelfregie)
- Het op proactieve wijze toezien dat de geïntegreerde geboortezorg, zoals beschreven in de standaard, wordt geleverd volgens het individueel geboortezorgplan
- Afstemming met andere zorgverlening binnen en buiten de geboortezorg
- Wanneer noodzakelijk met toestemming overdragen van relevante gegevens aan andere zorgverleners

4. Definities

De Werkgroep stelt voor de volgende definities te hanteren voor het inrichten van het Coördinerend Zorgverlenerschap en onderscheid te maken tussen het begrip ‘Coördinerend Zorgverlener’ en het begrip ‘Case manager’. Als uitgangspunt meent de Werkgroep dat iedere zwangere binnen het VSV in principe recht heeft op een eigen verloskundige, die optreedt als ‘case manager’. Dit geldt ook voor hoog risico zwangeren, waar medische verantwoordelijkheid nodig is. De case manager heeft de rol om het proces van zorg rond zwangerschap, geboorte en kraambede te begeleiden, maakt afspraken en ziet toe op naleven van het individueel geboortezorgplan en stimuleert samen met de zwanger waar mogelijk eigen regie. Daarnaast wordt in een gezamenlijke triage een ‘coördinerend zorgverlener’ bepaald die eindverantwoordelijkheid draagt voor het gehele traject van zorg rond zwangerschap, bevalling en kraamperiode. In de meeste gevallen (laag risico, zonder medische indicatie) zal de coördinerend zorgverlener dezelfde persoon zijn als de case manager (eigen verloskundige). Echter, wanneer een indicatie bestaat tot aanvullende medische zorg, kan als coördinerend zorgverlener een medisch professional (gynaecoloog) na gezamenlijke triage worden vastgesteld. De case manager (eigen verloskundige) blijft dan betrokken bij het zorgproces en streeft zoveel mogelijk naar een gedeeld integraal geboortezorgplan. In de praktijk betekent dit dus dat, bij zwangeren met een medische indicatie, de medische zorg zoveel mogelijk op maat geleverd wordt en de verloskundige zorg zoveel mogelijk bij de case manager intact blijft.

Kernbegrippen:

- Case manager : proces verantwoordelijkheid

De 'case manager' is de zorgverlener die de zwangere begeleidt in het proces van zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

- Coördinerend zorgverlener : kwaliteit verantwoordelijkheid

De 'coördinerend zorgverlener' is de zorgverlener die eindverantwoordelijkheid draagt over de geleverde zorg en daarmee de kwaliteit bewaakt. In veel gevallen is dit dezelfde persoon als de case manager (eigen verloskundige). Indien een medische indicatie bestaat, blijft de case manager in beeld en wordt de zorg zoveel mogelijk afgestemd om de medische zorg (gynaecoloog) om maat te verzorgen, naast de verloskundige zorg door de case manager.

Voor implementeren van integrale geboortezorg is het van belang dat bij deze triage beide zorgprofessionals die kunnen optreden als coördinerend zorgverlener (eigen verloskundige of gynaecoloog) het eens zijn over de rolverdeling. Gezamenlijke triage voor goede afstemming van rolverdeling van de case manager en coördinerend zorgverlener is, volgens de Werkgroep, dan ook essentieel voor het slagen van dit werkmodel. Hier dienen per VSV partner heldere afspraken over gemaakt te worden. De Werkgroep heeft een aanbeveling als voorbeeld voor een werkbaar model voor gezamenlijke triage.

Belangrijkste veranderingen bij werken met coördinerend zorgverlener en case manager

- iedere zwangere houdt in principe een eigen verloskundige
- regelen van triage waarbij coördinerend zorgverlenerschap gezamenlijk wordt vastgesteld

4. Gezamenlijke triage voor bepalen coördinerend zorgverlener en case manager

De intake van nieuwe zwangeren gebeurt nu al zoveel mogelijk door de eigen verloskundige (case manager). Bij deze intake, in het WKZ 'start bezoek' genaamd, kan de triage voor het coördinerend zorgverlenerschap worden voorbereid. De Werkgroep doet de aanbeveling dit triage systeem VSV-breed te gaan uitwerken en implementeren en als uitgangspunt te nemen het toewijzen van de coördinerend zorgverlener en case manager voor 16 weken zwangerschapsduur te hebben vastgesteld, of direct in aansluiting op het consult bij de medisch professional (gynaecoloog) indien een medische indicatie optreedt later in de zwangerschap. Hieronder een aantal voorbeelden.

Voorbeeld : vaststellen case manager en coördinerend zorgverlener

Mevrouw X, G1 P0, Jehova's getuige

Intake dd. Xx/yy/zz in VSV praktijk1

Aanspreekpunt VSV praktijk1 : Gynaecoloog B

Intake door : Verloskundige M

Triage door : M / B ; datum triage : xx/yy/zz

Case manager : eigen verloskundige = M

Coördinerend zorgverlener : B

Zorgpad : basis zorgpad + consult protocol Jehova's getuige dd. Xx/yy/zz bij M

Partus : poliklinisch / klinisch / nog te bepalen

Concept: check list gezamenlijke triage

Om voor elke zwangere VSV breed het juiste individuele zorgpad samen te bepalen, is het van belang dat bij intake vaste items worden nagevraagd en vastgelegd. Een mogelijkheid hiervoor is om een checklist te gebruiken: indien een item met "ja" wordt beantwoord komt de zwangere in aanmerking voor een regulier triageoverleg. Het streven is om een vaste gynaecoloog aan een bepaalde VSV praktijk te koppelen en dit overleg zo mogelijk in de verloskundige praktijk te laten plaatsvinden. Bij deze bespreking wordt ook bepaald wie de casemanager en de coördinerend zorgverlener van de zwangere zullen zijn. Niet elke cliënt van een praktijk zal dus besproken hoeven te worden. De lijst en triage zijn een hulpmiddel om de zorg goed op elkaar af te stemmen (meer shared care, geen dubbele consulten) en zoveel mogelijk zorg op maat te leveren.

Checklist zwangere wel/niet bespreken in triage overleg

Algemene voorgeschiedenis:	Ja	Nee
BMI >30		
Onder behandeling (geweest) van specialist		
Kandidaat voor POP poli		
Sociale problematiek		
MRSA risico		
Medicatie gebruik		
Familiair: consanquin		
erfelijke aandoeningen		
psychische aandoeningen		

Obstetrische voorgeschiedenis:	Ja	Nee
Macrosoom >p97		
Dysmatuur <p10		
Partus prematurus		
Fluxus > 1000 ml		
Manuele placenta verwijdering		
Vaginale kunstverlossing / sectio		
schouderdystocie		
3 ^e of 4 ^e graads ruptuur		
Neonatale problematiek		

Congenitaal afwijkend kind		
IUVD		

Indien een JA: zwangere voor dat item bespreken in het triage overleg

Tijdsduur invullen checklist: ... min

Verdere aanbeveling: triage lijsten koppeling van VSV praktijk en (vast) aanspreekpunt WKZ

Nieuwe intakes	Checklist +/-	Triage	Case manager	Coördinerend zorgverlener
Zwangere 1	-	-	Eigen vlk	Eigen vlk
Zwangere 2	-	-	Eigen vlk	Eigen vlk
Zwangere 3	-	-	Eigen vlk	Eigen vlk
Zwangere 4	+	-	Eigen vlk	Gynaecoloog
Zwangere 5	+	overleg	Gynaecoloog?	Gynaecoloog