

## **VSV Rotterdam zuid**

### *Coördinerend zorgverlener*

Binnen de verloskundige zorgverlening heeft de zwangere c.q. kraamvrouw een vast aanspreekpunt. Het moet voor haar altijd volstrekt helder zijn wie zij op welk moment en op welke wijze kan aanspreken voor het gehele verloop van de zwangerschap, de bevalling en kraamperiode. Aan elke zwangere wordt daarom één zorgverlener gekoppeld die het beste past bij het (de) gekozen zorgpad(en).

Deze professional; de coördinerend zorgverlener (CZ), is vanaf de intake, het eerste consult tot na de bevalling primair verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts.

De coördinerend zorgverlener heeft primair de taak om de professionele zorgverlening rondom de zwangere 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. Praktisch 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, zoals beschreven in de voorliggende zorgstandaard, wordt geleverd volgens het opgestelde Individueel geboortezorgplan.
- 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.
- Wanneer noodzakelijk met toestemming van de vrouw overdragen van alle relevante gegevens aan andere zorgverleners.

De coördinerend zorgverlener kan (zorg)vragen van de zwangere of (eventuele) partner beantwoorden, haar uitleg geven en meehelpen oplossingen te vinden als dat nodig is. De coördinerend zorgverlener is er om de belangen van de moeder te behartigen en heeft ook inzicht in de sociale omstandigheden waarbinnen de zwangere leeft en waarin het kind terecht komt. In geval van vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden is het de rol van de coördinerend zorgverlener deze vrouwen te empoweren. Belangrijk is dat de coördinerend zorgverlener een vertrouwensband opbouwt met de zwangere zodat deze zich veilig voelt.

Ten allen tijde is het voor de zwangere mogelijk een andere coördinerend zorgverlener te kiezen. Uiteraard moet duidelijk zijn hoe de zwangere de coördinerend zorgverlener (incl. achterwacht) kan bereiken. Een en ander wordt in het Individueel geboortezorgplan vermeld.

De coördinerend zorgverlener is in deze rol niet verantwoordelijk voor de aansturing van andere zorgverleners (huisartsen, (klinisch) verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden, etc.) en hoeft ook niet altijd primair verantwoordelijk voor de zorg c.q. behandeling van een zwangere te zijn. Onder omstandigheden kan een andere zorgverlener medisch eindverantwoordelijk zijn. Als sprake is van zorgverlening waarbij meerdere zorgverleners, actief dan wel als consultant, zijn betrokken (het interprofessioneel geboortezorgteam) wordt vanaf het begin expliciet met de zwangere besproken wie als

coördinerend zorgverlener fungeert. Welke zorgverlener dit is, hangt af van de noodzakelijke geachte zorg. In principe gaat het dus niet om de discipline van de betrokkene. De coördinerend zorgverlener biedt deze ondersteuning zelf op het niveau van haar/zijn bekwaamheid en bespreekt de zwangere, met haar toestemming, zo nodig met andere zorgverleners.

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 coördinerend zorgverlener verantwoordelijk voor de overdracht. Hiertoe behoort ook het informeren van de zwangere over wie deze rol overneemt. Deze verantwoordelijkheid geldt tot het moment dat de overdracht daadwerkelijk is gerealiseerd. Het gaat hierbij primair om overdrachtssituaties in de reguliere, geplande zorg. Een dergelijke verandering dient expliciet te gebeuren en gaat gepaard met een zorgvuldige overdracht van taken.

### *Individueel geboortezorgplan*

Om zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming te operationaliseren, stellen de zwangere en de coördinerend zorgverlener, volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming, samen een Individueel geboortezorgplan op. Een eerste versie van dit plan is uiterlijk in de 16e week van de zwangerschap voor zowel de zwangere als de betrokken zorgverlener(s) digitaal beschikbaar. Als de zwangere onvoldoende toegang heeft tot deze digitale versie wordt het plan schriftelijk aan de zwangere meegegeven. De functie van het Individueel geboortezorgplan is:

- Bieden van een handvat voor zelfregie en zelfmanagement van de zwangere vrouw (benadrukken van de actieve rol van de zwangere in momenten van besluitvorming).
- Inventariseren, bespreken en indien nodig verhelderen van de wensen, behoeften, verwachtingen van de zwangere.
- Inzicht geven in de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners.
- Ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming.
- Noteren van gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de zwangere. De coördinerend zorgverlener neemt de verantwoordelijkheid om zich in te zetten om binnen het interprofessioneel geboortezorgteam voldoende draagvlak te creëren om de gemaakte afspraken met de zwangere na te komen.
- Het inzichtelijk maken van een psychosociaal zorgpad in geval van lage gezondheidsvaardigheden.

Versie 01-11-2019

Bijlagen:

Werkinstructie Coördinerend Zorgverlener

Basis zorgpad perinatale zorg

Bronnen:

CPZ, *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.1*, 28 juni 2016

CPZ, *Implementatieplan Zorgstandaard Integrale geboortezorg versie 2.0*

Groenen et al. 2017, *De verloskundige de beste casemanager*, Tijdschrift voor Verloskundigen

## **Bijlage 1: Werkinstructie Coördinerend Zorgverlener**

1. De zwangerschapscoördinator is in beginsel de verloskundig zorgverlener, die de intake afneemt. Hij/zij is verantwoordelijk voor de verwerking van de informatie en bepaalt in samenspraak met de zwangere of zij in het MDO besproken wordt. Wanneer de zwangerschapscoördinator (CZ) niet degene is die de zwangere in het MDO inbrengt, is deze wel verantwoordelijk voor het feit dat de zwangere in het MDO besproken wordt. Alle intakes worden in principe afgenomen in de eerste lijn. Degene die de intake afneemt zorgt er voor dat de zwangere, indien gewenst, in de gezamenlijke intakebespreking wordt besproken, idealiter voor AD 15 weken. (Als intake, lab, termijnbepaling gedaan). (Indien er al bij het eerste contact sprake is van een hoog complexe medische zorgvraag, zal de cliënt eerder worden overgedragen en de intake in de tweede lijn plaatsvinden).  
Tijdens de intake bespreking worden zowel de intakes die plaats vinden in de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn besproken.
2. Bij de intake wordt er toestemming gevraagd aan de zwangere om haar in te brengen in de gezamenlijke intakebespreking door het interprofessionele geboortezorgteam.
3. Tijdens de intakebespreking krijgt de zwangere één of meerdere zorgpaden toegewezen en wordt op basis hiervan definitief bepaald wie de CZ 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 CZ is. Dit wordt in het dossier vastgelegd.
4. Voor de zwangere dient helder te zijn wat de rol van CZ 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 of arts zijn, mede afhankelijk van de setting.
5. De continuïteit van zorg staat voorop. Er zullen echter situaties denkbaar zijn dat de zorg door een collega overgenomen wordt. Dan zal, in overleg met de zwangere, de dienstdoende verloskundig zorgverlener die hierbij een actieve rol speelt het contact begeleiden en zorgdragen voor de overdracht en de CZ informeren.
6. Punt 3 en 4 worden bij de intake helder met de zwangere gecommuniceerd.
7. Het eerstvolgende consult na de intakebespreking wordt het individuele zorgpad en de toegekende CZ met de zwangere besproken. 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 16<sup>e</sup> week van de zwangerschap voor zowel de zwangere als de betrokken zorgverlener(s) schriftelijk beschikbaar. (De werkgroep levert een format. Zie bijlage 2)
8. Indien de kinderarts op de hoogte moet zijn van het zorgpad van de zwangere, dan zal dit gemeld worden door de CZ aan de kinderarts. Dit gebeurt nadat het MDO heeft plaatsgevonden.
9. Extra contactmomenten met de zwangere kunnen nodig zijn (eventueel telefonisch). Dit zal over het algemeen in niet acute situaties gedaan worden door de CZ. Hiervan wordt een notitie gemaakt in de zwangerschapskaart en staat tevens benoemd in de overdracht.
10. Bij 28-32 weken zal de kraamzorg een intake/huisbezoek bij de zwangere verrichten. Deze wordt teruggekoppeld aan de CZ en waar nodig zal de CZ ook een huisbezoek afleggen, zie hiervoor beleid werkgroep huisbezoeken.

N.B. De wenselijke situatie is dat iedere zwangere een huisbezoek krijgt in de zwangerschap. We realiseren ons als werkgroep dat de verzekering op dit moment nog niet bij elke zwangere een huisbezoek vergoedt en dat dit daarom nog niet de praktijk is.

11. De controle rond 30-34 weken AD vindt in principe plaats bij de CZ. Tijdens deze controle wordt de bevalling doorgesproken en vindt de evaluatie van zorg plaats.
12. Bij een consult of overdracht naar de gynaecoloog zal de actuele zwangerschapskaart worden meegeven/overhandigd of via zorgmail verzonden, zodat alle informatie compleet is. De gynaecoloog is verantwoordelijk voor terugkoppeling aan de praktijk, bij voorkeur telefonisch en anders middels aantekening op de zwangerschapskaart of per brief.
13. De CZ 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.
14. 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 neonat worden overgedragen aan het CJG. Dit is de verantwoordelijkheid van de dienstdoende verloskundige in samenspraak met de kraamzorg. Zo mogelijk wordt er tijdens het kraambed een visite afgelegd door de 1<sup>e</sup> lijns CZ.
15. De nacontrole 5-6 weken post partum wordt bij een ongecompliceerde baring afgesproken bij de verloskundige: dit is in principe de parteur of CZ, behalve als de cliënte expliciet bij een andere zorgverlener de nacontrole wenst. 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.
16. Wanneer de nacontrole bij iemand anders dan de CZ plaatsvindt, is deze zorgverlener bij bijzonderheden verantwoordelijk voor de terugkoppeling van deze nacontrole aan de CZ. De zorgverlener die de nacontrole doet is verantwoordelijk is voor het afsluiten van het dossier.

Versie 01-11-2019

## **Bijlage 2: Basis zorgpad perinatale zorg**