

2MOVE))

- Het model -

Herziene versie 2011

Projectnaam	2MoVe))
Opdrachtgever	Ron Bulder, accountmanager Zorg Agis Zorgverzekeringen
Gedelegeerd opdrachtgever	Anna Krüger, zorginhoudelijk adviseur Geboortezorg Agis Zorgverzekeringen
Projectteam	Anne Annegarn, Frans Annot, Reinhard Maas, Stefan zum Vörde sive Vörding en Millicent Willems
Projectleider	Jolande IJsseldijk
Datum	29 september 2011

STBN
29 september 2011

Jolande IJsseldijk

Postbus 8124
3503 RC Utrecht
030-2823150

© STBN

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

VOORWOORD		5
HOOFDSTUK 1	INLEIDING	6
1.1	Aanleiding	6
1.2	Opdracht Agis	6
1.3	Ambitie 2MoVe))	6
1.4	Projectaanpak	7
1.6	Leeswijzer	8
HOOFDSTUK 2	HET MODEL IN VOGELVLUCHT	9
2.1	Eerste pijler: VSV-Plus	9
2.2	Tweede pijler: de cliënt centraal	9
HOOFDSTUK 3	SAMEN VOOR DE CLIËNT IN HET VSV-PLUS	12
3.1	Inleiding	12
3.2	Verloskundige Regiegroep	13
3.3	Werkwijze en organisatie van het VSV-Plus	13
3.4	Gezamenlijke protocollen	16
3.5	Permanente evaluatie	18
HOOFDSTUK 4	DE CLIËNT CENTRAAL	19
4.1	Inleiding	19
4.2	Cliënt in de hoofdrol	19
4.3	Organisatorische borging	19
HOOFDSTUK 5	OPTIMALE ZORG ROND DE CLIËNT	21
5.1	Continuïteit	21
5.2	Casemanager	24
5.3	Het zorgplan	26
5.4	Het huisbezoek	29
5.5	Begeleiding tijdens de baring	31
5.6	Voorlichting	33
5.7	Dossiervorming	35
HOOFDSTUK 6	AANBEVELINGEN IMPLEMENTATIE 2MOVE))	36
6.1	Aanbevelingen	36
6.2	Randvoorwaarden	37
BIJLAGE 1	VISUELE WEERGAVE PROJECT 2MOVE	38
BIJLAGE 2	ZORGPAD	39
BIJLAGE 3	CRITERIA VOOR HET MODEL	40
BIJLAGE 4	SAMENSTELLING PROJECTTEAM EN WERKGROEPEN	41

Voorwoord

Dit document bevat de herziene versie van het organisatiemodel 2MoVe)).

Het model is in een deel van Amsterdam West, gedurende negen maanden bij een beperkte groep zwangeren toegepast. Deze pilot werd gekenmerkt door een intensieve samenwerking tussen professionals waarin tijdens bijeenkomsten van de Verloskundige Regie Groep (VRG) de opvattingen en rollen duidelijker werden en knelpunten werden gesignaleerd.

In dit voorwoord danken wij alle zorgverleners die betrokken zijn geweest bij de pilot voor hun tijd en inzet die gemoeid is geweest bij het toepassen van het organisatiemodel in de praktijk. Zij hebben het mogelijk gemaakt dat het model kon worden beproefd waarvan deze herziene versie van het 2MoVe))-model het tastbare resultaat is.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Voor u ligt de herziene versie van het model 2MoVe)). Een organisatiemodel ontwikkeld voor verloskundige zorg dat in een kleine groep zwangeren voor de eerste keer is toegepast en dat geïmplementeerd kan worden in de dagelijkse praktijk.

Het oorspronkelijk opgestelde model is op een aantal punten gewijzigd. Deze wijzigingen vloeien voort uit het toepassen van de werkwijze van 2MoVe)) in de vorm van een pilot en hebben geresulteerd in deze herziene versie van het model.

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit model 2MoVe)) is het besef binnen verloskundig Nederland dat verandering in organisatie van zorg bij kan dragen aan een verbetering in het perinatale sterftcijfer, het terugbrengen van het aantal onnodige interventies en de tevredenheid bij de vrouw na de geboorte van haar kind. De Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte heeft in haar rapport¹ aanbevelingen gedaan die positief kunnen bijdragen aan bovenstaande.

1.2 Opdracht Agis

STBN is in opdracht van Agis Zorgverzekeringen (onderdeel van Achmea Divisie Zorg en Gezondheid) gestart met het ontwikkelen van een nieuw (organisatie)model voor verloskunde, onder de naam 2MoVe)).

1.3 Ambitie 2MoVe))

Het project 2MoVe)) kende de uitdaging een model te ontwikkelen voor een toekomstbestendig verloskundig systeem dat een naadloos op elkaar aansluitend geheel biedt van samenwerkende zorgprofessionals. In één zorgaanbod wordt ieders deskundigheid maximaal benut. In het Stuurgroeprapport wordt aangenomen dat implementatie van de aanbevelingen uiteindelijk zal bijdragen aan de verbetering van het perinatale sterftcijfer, het terugbrengen van het aantal onnodige interventies en de toename van tevredenheid bij de vrouw. 2MoVe)) werkt een aantal voorgestelde aanbevelingen in het model uit.

Voor 2MoVe)) zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- De organisatie van de verloskunde biedt optimale zorg voor de cliënt.
- De zwangere kijkt tevreden terug op de door haar ontvangen zorg. Het aanbod van de zorg past bij haar verwachtingen en vraagt naar zorg.
- De uitkomst van de zwangerschap is voor moeder en kind de best mogelijke.
- Zorg wordt ontvangen van de zorgprofessional die de gewenste zorg het beste biedt.

Leidende vragen zijn:

- Wat is de vraag en de verwachting van de zwangere?
- Hoe kan dit het beste?
- Wie kan dit het beste?
- Waar kan dit het beste? Deze vragen worden beantwoord vanuit de invalshoek van kwaliteit en doelmatige besteding van middelen, waarbij kwaliteit prioriteit heeft.

¹ Het advies van de stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, getiteld *Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*.

Deze vragen werden beantwoord vanuit de invalshoek van kwaliteit en doelmatige besteding van middelen, waarbij kwaliteit prioriteit heeft.

Het resultaat van het project 2MoVe)) is dit format voor een organisatiemodel voor verloskundige zorg dat:

- bij 60 zwangeren in een pilotvorm is toegepast;
- betrekking heeft op de periode van zwanger zijn (eerste melding bij zorgprofessional) tot en met zes weken postpartum;
- aansluiting kan bieden aan zorg voorafgaand aan de 1e melding (bijv. preconceptiezorg), zorg aansluitend aan verloskundige zorg (bijv. derde lijn, Centra Jeugd & Gezin) en regionaal of populatiegericht aanbod.

De pilot had als doel te monitoren of de nieuwe werkwijze, geformuleerd binnen 2MoVe)), haalbaar lijkt en aanwijzingen geeft, die bijdragen aan de klanttevredenheid en uitkomsten van zorg. Om uiteindelijk van 60 cliënten volledige dossiergegevens te kunnen verzamelen werden 90 zwangeren geïncludeerd. In de pilot is het laatste contact met de cliënt vervroegd naar vier weken postpartum.

De pilot is geëvalueerd op basis waarvan aanpassingen aan het format zijn gedaan. Naar aanleiding van de bevindingen in de pilot zal nader evaluatieonderzoek nodig zijn om de diverse onderdelen van het model op hun effect op een verbetering in het perinatale sterftecijfer, het terugbrengen van onnodige medische interventies en de tevredenheid bij de vrouw na de geboorte van haar kind te kunnen beoordelen. De pilot van 2MoVe)) heeft immers betrekking op slechts 90 geïncludeerde cliënten en is uitgevoerd in een specifieke subregio.

Het format vraagt om implementatie in de dagelijkse praktijk waarin deze effecten kunnen worden getoetst. Aan het format zijn aanbevelingen voor implementatie toegevoegd.

1.4 Projectaanpak

Het project is uitgevoerd volgens de methodiek Projectmatig Creëren. Een projectteam was verantwoordelijk voor de organisatie en de uitvoering en werd geleid door Jolande IJsseldijk, projectmanager STBN.

Voor de ontwikkeling van het model 2MoVe)) heeft de werkgroep Ontwikkeling Model een grote bijdrage geleverd. Met ondersteuning van twee inhoudelijke werkgroepen en een meeleesgroep is in samenwerking met het projectteam het model geformuleerd.

Voor de samenstelling van de diverse groepen: zie bijlage 4.

Voordat het model van start ging in de pilot is een cliëntenpanel en een klankbordgroep om feedback op het ontwikkelde model gevraagd. Voor de vaststelling van deze herziene versie is feedback gevraagd aan de zorgaanbieders uit de pilot en opnieuw aan de klankbordgroep.

De werkwijze in het project was erop gericht het ontwikkelde model in een pilot van 90 zwangeren te kunnen toepassen.

1.5 Formulering van het model

Het model 2MoVe)) heeft als uitgangspunt dat de juiste zorg, door de juiste persoon en op de juiste plaats wordt aangeboden. Tevens dient de zorg aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt. Voor de formulering van het model 2MoVe)) bleek het van belang keuzes te maken. Niet alles wat te bedenken valt, is binnen de context van dit project te realiseren. Allereerst diende het model geschikt te zijn om in de pilot toe te passen. Belangrijke punten die buiten de reikwijdte van 2MoVe)) vallen zijn onder meer: de rol van de partner en/of de sociale omgeving van de zwangere, de rol van de huisarts, preconceptiezorg, het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en de bijdrage van kinderartsen en derdelijns zorg.

De wens bestaat dat het toepassen van 2MoVe)) in de pilot leidt tot enthousiasme om het model verder uit te werken.

Voor het model zijn mede naar aanleiding van het rapport 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, door het projectteam criteria opgesteld. Zie hiervoor bijlage 3.

1.6 Leeswijzer

Alvorens de diepte in te duiken wordt in hoofdstuk 2 het model kort samengevat. Hierin wordt aangegeven wat anders of nieuw is binnen 2MoVe)).

2MoVe)) sluit aan op de mening van de Stuurgroep dat de zorg rond zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. Afspraken ten aanzien van optimale verloskundige zorg voor de client, zullen pas tot resultaat leiden als de betrokken zorgverleners als één geheel opereren. Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen en daartoe een bindende samenwerking aangaan zijn daarbij noodzakelijk. Hoofdstuk 3 beschrijft de eerste belangrijke pijler van 2MoVe)), de VSV-Plus en de Verloskundige Regie Groep (VRG).

Hoofdstuk 4 beschrijft de wijze waarop de cliënt binnen 2MoVe)) centraal wordt geplaatst, de tweede belangrijke pijler van 2MoVe)). De professionals zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind.

Voor de invulling van de 'Cliënt centraal' wordt een aantal instrumenten ingezet die nieuw zijn binnen de Nederlandse verloskundige zorg. In *hoofdstuk 5* wordt het begrip 'continuïteit van zorg' uitgewerkt en vertaald naar de dagelijkse praktijkvoering. In de verdere paragrafen van hoofdstuk 5 komen de diverse instrumenten zoals casemanagement, het zorgplan, het huisbezoek en begeleiding tijdens de baring aan bod. Tevens wordt een kader geschetst voor de voorlichting en het gezamenlijke dossier.

De ervaringen opgedaan tijdens de ontwikkeling van het model, de opzet en uitvoering van de pilot leiden tot aanbevelingen voor implementatie van het model 2MoVe)) in *hoofdstuk 6*.

Hoofdstuk 2 Het model in vogelvlucht

Het besef dat verandering in organisatie van zorg kan bijdragen aan een verbetering van het perinatale sterftecijfer, het terugbrengen van het aantal onnodige interventies en de tevredenheid bij de vrouw na de geboorte van haar kind biedt een uitdaging voor verloskundig Nederland. De inhoud van het rapport 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte biedt menig handvat deze zorg vorm te geven.

2MoVe)) is een werkwijze waarin de zorg rondom moeder en kind wordt georganiseerd. 2MoVe)) wordt gekenmerkt door twee belangrijke pijlers:

1. Het gezamenlijk organiseren van de zorg rond moeder en kind.
2. Het borgen en faciliteren van de samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals.

2.1 Eerste pijler: VSV-Plus

Om 'samen voor de cliënt' de zorg vorm te kunnen geven is meer nodig dan alleen goede inhoudelijke plannen. Immers, de geschiedenis laat zien dat verstandige afspraken en goede intenties nog geen betere zorg garanderen. Er dient gewerkt te worden vanuit een gedeelde visie waarin de cliënt centraal staat en de afspraak om als één geheel te opereren richting de cliënt. Met een goed organisatorisch kader en een heldere regie is de kans groot dat vrijblijvendheid tot het verleden gaat behoren.

Hiervoor wordt een Verloskundig Samenwerkingsverband Plus (VSV-Plus) opgezet of het reeds bestaande VSV wordt een VSV-Plus. De leden van het samenwerkingsverband ontwikkelen samen een visie waarin de cliënt een centrale plaats inneemt. De cliënt kan, op de voor haar meest passende wijze, gebruik maken van de zorg vanuit het samenwerkingsverband².

Een Verloskundige Regie Groep (VRG) wordt geïnstalleerd door de leden van het VSV-Plus, die de taak krijgt de samenwerking te realiseren en te borgen. De VRG zorgt voor afspraken en randvoorwaarden die het nakomen van afspraken borgen en vrijblijvendheid voorkomen (zie hoofdstuk 3).

2.2 Tweede pijler: de cliënt centraal

In de huidige situatie biedt elke zorgverlener zorg vanuit de eigen taakopvatting, het eigen zorgbeleid en maakt daarbij gebruik van haar eigen dossier. Hierbij kennen we diverse schakelpunten en overlap. De cliënt heeft de opdracht steeds opnieuw haar weg te vinden binnen de nieuwe organisatie waar zij mee te maken heeft. Binnen deze context wordt naar afstemming gezocht die moeilijker blijkt dan gewenst. Het resulteert met regelmaat in een cliënt die zich afstemt op de zorg in plaats van andersom.

Binnen 2MoVe)) is het cruciaal steeds opnieuw zorg op de cliënt af te stemmen. Leidend hierin is haar medische en psychosociale situatie afgestemd op haar verwachtingen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het gesprek met de cliënt en mag zij van de zorgprofessionals informatie verwachten over benodigde zorg (zie hoofdstuk 4).

2.2.1. De casemanager als baken voor de cliënt en haar omgeving

Voor iedere zwangere is er een 'casemanager' die de zorg rond de zwangere coördineert. Zij speelt een belangrijke rol in de continuïteit van zorg en zorgt dat de cliënt centraal blijft staan.

² Er is voor het model bewust gekozen voor een bestaande infrastructuur: het VSV. Het verschil binnen VSV-Plus is dat de niet-werkende elementen geëlimineerd zijn: waaronder de vrijblijvendheid.

De invulling van haar taken geschiedt in overleg met de cliënt.

Het is één van de twee vaste verloskundige zorgverleners binnen één praktijksetting die de zwangere ziet bij de individuele consulten. Bij het kort in zorg komen van een gynaecoloog of verloskundige buiten de eigen praktijksetting blijft de casemanager contact houden met de cliënt. Gaat dit langer nodig zijn dan wordt het casemanagement overgedragen. Er zullen zich regelmatig situaties voordoen waarbij het casemanagement in het belang van de cliënt afgestemd wordt tussen de eerstelijns en klinisch verloskundige.

Een belangrijke pijler voor 2MoVe)) is dat verloskundig zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor optimale zorg, en als één samenhangend geheel ten opzichte van de zwangere te opereren. Een prachtige kans, hand in hand, om de zorg voor de cliënt te waarborgen.

2.2.2. Het zorgplan biedt de cliënt en zorgverlener houvast

Eigenaar van het zorgplan wordt de cliënt. Het is haar zorgplan en het vormt een onderdeel van het zorgdossier. Het heeft geen vermelding nodig dat er uiteindelijk sprake zal zijn van een gezamenlijk (digitaal) dossier. Binnen de pilot 2MoVe)) was dit nog niet haalbaar en is met een papieren variant gewerkt.

Het zorgplan biedt de zwangere (en de verloskundig zorgverlener) inzicht in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie onderneemt. Het is als het ware een checklist die voor beiden beschikbaar is. Om te kunnen spreken van 'zorg op maat' is het een dynamisch document dat wordt aangepast indien de situatie van de cliënt dit vereist. Tijdens elk contact stelt de zorgverlener zich op de hoogte van het zorgplan en het dossier dat de cliënt bij zich heeft en realiseert gemaakte afspraken.

2.2.3. Door een huisbezoek beter geïnformeerd

Iedere zwangere wordt tijdens de zwangerschap thuis bezocht. Dit huisbezoek biedt inzicht in de thuissituatie van de zwangere in aanvulling op de contacten in de praktijk en/of het ziekenhuis. Dit draagt bij aan de veiligheid van moeder en kind en kan een bijdrage leveren aan een goede praktische voorbereiding voor de komende bevalling en kraamperiode.

Binnen 2MoVe)) maakt het samenwerkingsverband of de individuele praktijk een keus of dit uitgebreid wordt met een gesprek dat specifiek gaat over de zorginhoudelijke kant en belevingsaspecten van de bevalling en het omgaan met pijn. Dit alles ook als voorbereiding op de bevalling. Afhankelijk van de invulling van het huisbezoek wordt de keus gemaakt wie dit huisbezoek aflegt.

2.2.4. Begeleiding tijdens de baring

2MoVe)) heeft als uitgangspunt dat de wens van de cliënt centraal staat naast de medische noodzaak van inhoudelijke zorg, zoals deze valt onder de verantwoordelijkheid van de verloskundig zorgverlener.

Dit vertaalt zich in een vroeg eerste bezoek tijdens de bevalling zodat in overleg met de cliënt beoordeeld kan worden welke mate van begeleiding door de cliënt gewenst is en vastgesteld wordt in welke fase van het bevallingsproces zij zich bevindt. Uitgangspunt is dat continue begeleiding beschikbaar is voor de cliënt die hier behoefte aan heeft of waarbij dit medisch noodzakelijk is.

2.2.5. Voorlichting

Voorlichting wordt gezien als een collectieve verantwoordelijkheid van de partners in de keten. Er wordt voorzien in een op elkaar afgestemd en waar mogelijk, gezamenlijk voorlichtingsaanbod.

Hoofdstuk 3 Samen voor de cliënt in het VSV-Plus

3.1 Inleiding

In de uitwerking van 'Optimale zorg rond de cliënt' (hoofdstuk 5) worden lijnen uitgezet om de zorg voor de cliënt inhoudelijk en organisatorisch te optimaliseren.

Echter, verstandige afspraken en goede intenties garanderen nog geen betere zorg.

Afspraken ten aanzien van optimale verloskundige zorg zullen pas tot resultaat leiden als de betrokken zorgverleners:

- Als één geheel opereren, en de zorg aan de cliënt in gezamenlijkheid aanbieden,
- gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen voor het organiseren van goede, samenhangende zorg en daartoe een bindende samenwerking aangaan.

Het is van belang dat het creëren van draagvlak en de gezamenlijke visievorming vooraf gaat aan het invulling geven van de pijler 'cliënt centraal'.

Kernwoorden: gezamenlijkheid en regie

Zonder een heldere gezamenlijke visie, de afspraak om als één geheel te opereren richting de cliënt en zonder een heldere regie en een goed organisatorisch kader is de kans groot dat de vrijblijvendheid in de samenwerking het nemen van grote stappen in de weg blijft staan. Hiermee zijn de pijlers benoemd die tezamen moeten borgen dat optimale zorg en gezamenlijke verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerd wordt.

Gezamenlijkheid

- Gedeelde visie (eenduidig doel);
- Als één geheel opereren, gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de cliënt (zorginhoud);
- Heldere afspraken ten aanzien van de verloskundige zorg (procedures).

Regie

- Een organisatievorm voor het realiseren en borgen van samenwerking (structuur);
- Afspraken en randvoorwaarden die het nakomen van afspraken borgen en vrijblijvendheid voorkomen (sturing).

Om deze doelstellingen te realiseren wordt een Verloskundig SamenwerkingsVerband Plus (VSV-Plus)³ opgericht of het reeds bestaande VSV wordt een VSV-Plus. Citaat uit Stuurgroep-rapport 'Een Goed Begin' (pag. 30/31):

Op ieder moment tijdens de zwangerschap, bevalling of de kraamperiode kan een acute situatie ontstaan die een snelle overdracht naar een ziekenhuis vergt. Iedere zwangere moet er op kunnen vertrouwen dat alle betrokken professionals uit de eerste, tweede en derde lijn optimaal samenwerken en snel handelen mogelijk maken. Dit vraagt nieuwe instrumenten in een beter georganiseerde zorg rond zwangerschap en geboorte, die onder strakke regie en met alle professionals wordt uitgevoerd.

³ Er is voor het model bewust gekozen voor een bestaande infrastructuur: het VSV. Verschil met VSV-Plus is dat de niet-werkende elementen geëlimineerd zijn: waaronder de vrijblijvendheid.

3.2 Verloskundige Regiegroep

Het VSV-Plus neemt de regie en is eindverantwoordelijk om met alle betrokken zorgverleners in de verloskundige keten samenhangende zorg te realiseren voor de cliënt. In de huidige situatie vervult het reeds bekende VSV een deel van deze rol.

Om dit binnen 2MoVe) goed te kunnen realiseren stelt het samenwerkingsverband een Verloskundige Regie Groep (VRG) in. De VRG is het uitvoerende orgaan van het VSV-Plus. In opdracht van de leden van de VSV-Plus voert het vier kerntaken uit:

1. Faciliteren
 - Initieert en ondersteunt het opstellen van een gezamenlijke visie;
 - Stimuleert en bewaakt dat zorgverleners gezamenlijk (als één geheel) opereren;
 - Draagt zorg voor een heldere set van afspraken en protocollen die door iedereen gehanteerd worden.
2. Borgen
 - Draagt zorg voor draagvlak voor gestelde doelen en afspraken;
 - Ziet toe op daadwerkelijk realiseren van doelen en afspraken.
3. Regisseren volgens de uitgangspunten
 - De juiste zorg voor de cliënt, door de juiste persoon en op de juiste plaats;
 - In de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet.
4. Evalueren
 - Geeft leiding aan het proces van permanente ontwikkeling, toetsing en bijstelling van visie en gezamenlijke werkwijze.

3.3 Werkwijze en organisatie van het VSV-Plus

VSV-Plus

Gezamenlijke visievorming binnen de VSV-Plus is een belangrijke basis bij de implementatie van het model 2MoVe)). Voor het opstellen van deze visie en de bijbehorende kernwaarden is allereerst draagvlak nodig voor de toepassing van het model 2MoVe)). Na het vaststellen van de gezamenlijke visie kan een intentieverklaring worden ondertekend waarna het VSV-Plus en de VRG verder wordt ingericht. De tweede pijler 'de cliënt centraal' kan vervolgens stapsgewijs ingevoerd worden.

Het VSV-Plus ondertekent uiteindelijk met elkaar een bindende samenwerkingsovereenkomst.

Er kan gekozen worden een vereniging met elkaar op te richten of een andere rechtspersoon.

Er wordt een bestuur gevormd en er zijn leden. De VRG is de uitvoeringsorganisatie van het VSV-Plus. Het bestuur van het VSV-Plus toetst de uitvoering door de VRG. Het kan een goede optie zijn het VSV-Plus voort te laten komen uit het reeds bestaande VSV in een regio. Het VSV-Plus vervangt daarmee een reeds bestaand VSV.

Over de volgende onderwerpen worden afspraken gemaakt en schriftelijk vastgelegd:

- Besluitvorming en zeggenschap
- Stemprocedures
- Inhoud van het mandaat van VRG leden
- Communicatie vanuit de VRG naar VSV-leden en vice versa.

Samenstelling of inrichting VSV-Plus

Leden van het VSV-Plus:

- alle werkzame gynaecologen;
- eerstelijns verloskundigen: maatschapsleden, verloskundigen in dienst en vaste waarnemers van de praktijk;
- alle klinisch verloskundigen;
- alle arts assistenten werkzaam op afdeling verloskunde wel en niet in opleiding;
- leidinggevenden van de verpleegkundigen;
- alle werkzame kinderartsen;
- van elke kraamzorgorganisatie één kraamzorgmanager.

Op basis van argumenten kan een regio zelf besluiten hiervan (in beperkte mate) af te wijken.

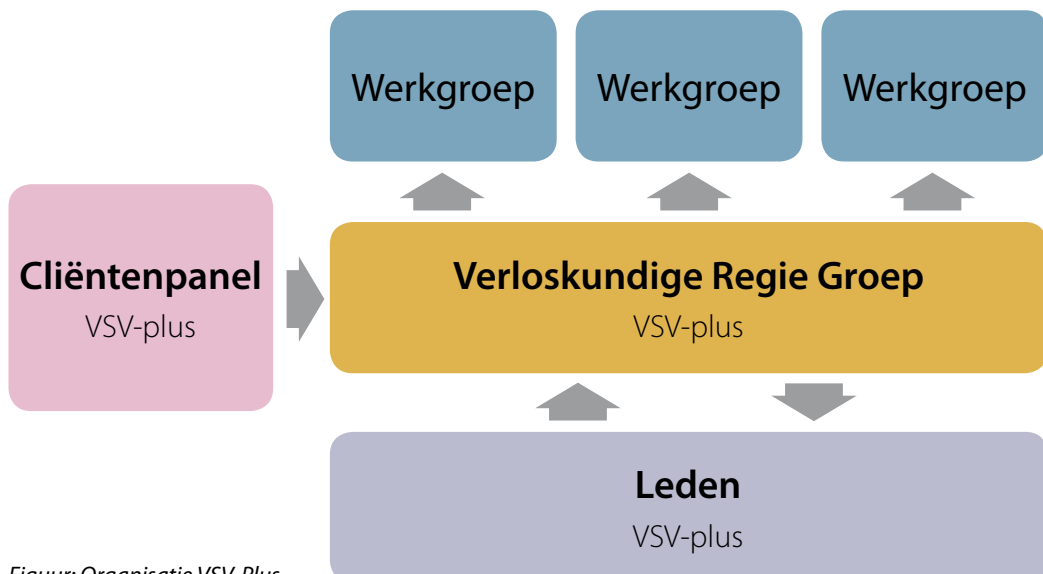
De VRG is evenwichtig samengesteld uit alle participanten. De VRG bestaat uit een kerngroep met 7 (of 8) leden:

- Een (extern) voorzitter
- Twee eerstelijns verloskundigen;
- Een gynaecoloog;
- Een klinisch verloskundige;
- Een kraamzorgmanager;
- Een leidinggevende van de verpleegkundigen;
- De manager van een eventueel geboortecentrum.

Ondersteuning door een ambtelijk secretaris met inhoudelijke kennis.

Afhankelijk van de agenda zullen vertegenwoordigers van andere zorgverleners participeren (OKC, kinderarts, huisarts, O&G-verpleegkundige, lactatiekundige etc.), dan wel vertegenwoordigers van inhoudelijke werkgroepen.

Een belangrijke rol spelen de werkgroepen die zijn samengesteld uit de leden.



Figuur: Organisatie VSV-Plus

Organisatie⁴

De VRG van het VSV-Plus is de initiatiefnemer en verantwoordelijke voor gezamenlijke visievorming binnen het werkingsgebied. De VRG is verantwoordelijk voor het als één collectief opereren van zorgverleners, het gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de cliënt.

De VRG komt eenmaal per drie weken bijeen om de hoofdlijnen en de afgesproken werkwijze te bewaken, verdere ontwikkeling te initiëren, nieuwe protocollen en afspraken te accorderen, knelpunten op te lossen en de resultaten te monitoren.

De leden van het VSV-Plus zijn de dragers en uitvoerders van het samenwerkingsconcept.

Zij spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van de gezamenlijke werkwijze.

De leden komen tweemaal per jaar bijeen in een ALV, om op hoofdlijnen de visie te herijken, samenwerking uit te bouwen en gezamenlijkheid te creëren. De leden participeren actief in de diverse werkgroepen die de inhoudelijke invulling van de zorg formuleert.

De cliënt

In het VSV-Plus heeft de cliënt een eigen positie. Ofwel in de vorm van lidmaatschap van de VRG zelf, ofwel door zitting te nemen in een cliëntenpanel met een belangrijke adviesfunctie aan de VRG.

Commitment en draagvlak

Alle in het gebied werkzame professionele zorgverleners commiteren zich persoonlijk schriftelijk aan de werkwijze en afspraken van het VSV-Plus. Het commitment is voor bepaalde tijd, en wordt – bv. jaarlijks – herbevestigd.

De VRG heeft bevoegdheden en mandaat om namens de leden besluiten te nemen en uitvoering te geven aan de afspraken en beslissingen. Uit de pilot is gebleken dat dit mandaat krachtig neergezet moet worden wil het zijn werking kunnen doen.

Problemen met draagvlak en commitment binnen disciplines, maatschappen en/of organisaties worden door deze disciplines/maatschappen/organisaties zelf opgelost, bijvoorbeeld door het instellen van een werkgroep, stemprocedures, sancties of anderszins.

Twee aandachtspunten, nader uit te werken:

- De organisatiestructuur van de eerstelijns verloskunde (veel kleine, soms ook concurrerende maatschappen) en de tweedelijns verloskunde (veel disciplines binnen een complex grote organisatie) is dusdanig dat goede vertegenwoordiging, inclusief een heldere communicatiestructuur, mandatering en creëren van draagvlak lastig is te organiseren. Hier moet specifiek aandacht aan worden besteed, en het vergt handreikingen/hulpmiddelen om dit adequaat te organiseren.
- Mededingingsaspecten: wie kan/mag toetreden onder welke voorwaarden?

Geografisch gebied en toetreding

Het meest logische werkgebied voor één VSV-Plus is het adherentiegebied van één ziekenhuis.

In specifieke gevallen kunnen hier uitzonderingen op worden gemaakt. Alle zorgverleners maken een keuze voor één primair VSV-Plus gebied, waar zij aan deelnemen en zich commiteren aan de daar afgesproken centrale visie, vigerende afspraken en werkwijze. Tevens kunnen zij zich aansluiten bij belendende VRG's, alwaar zij volgend zijn.

⁴ *Waarom een VSV-Plus? De in NL bekende VSV's zijn ambitieus maar slagen er onvoldoende in hun doelen te bereiken. Binnen 2MoVe)) worden de leereffecten van de huidige VSV's meegenomen in het VSV-Plus concept.*

Totstandkoming en bewaking afspraken

De essentie van de VRG binnen het VSV-Plus is dat dit de plaats is waar centraal de afspraken worden gemaakt en bewaakt.

- Het maken van werkafspraken en ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze wordt bottom-up georganiseerd, met als uitgangspunt de centrale visie, mede naar aanleiding van casuïstiek, nieuwe richtlijnen en onderzoeksresultaten. Het ontwerpen van protocollen en de totstandkoming van werkafspraken wordt gedragen, uitgewerkt en voorbereid door leden van het samenwerkingsverband, al dan niet via werkgroepen.
- Het nakomen van de gemaakte afspraken wordt top-down geborgd op basis van tevoren gemaakte afspraken. Afspraken door de VRG vastgelegd gelden voor alle deelnemende zorgverleners. Zorgverleners worden aangesproken op niet-nakomen van afspraken.
- De Regiegroep draagt permanent zorg voor evaluatie van afspraken. Bij kritiek op afspraken of behoefte aan aanpassing, wordt dit door Regiegroep besproken waarna besluitvorming volgt; de uitkomst hiervan leidt tot ofwel aanpassing van, ofwel commitment van alle deelnemende zorgverleners met de vigerende afspraken.

Reikwijdte

Primair richt het VSV-Plus zich op samenhang en regie ten aanzien van begeleiding van zwangerschap en geboorte. Daarnaast zal het VSV-Plus zich richten op een aantal specifieke, discipline-overstijgende thema's, zoals diagnostiek, communicatie, psychosociale ondersteuning, public health, toeleiding naar OKC's etc.

3.4 Gezamenlijke protocollen

Een belangrijke basis voor de gezamenlijke zorg en kwaliteit van zorg zijn gemeenschappelijke afspraken over de inhoud van de zorg. Hiervoor wordt gewerkt met protocollen en werkafspraken, een waarborg voor 'afgestemde' kwaliteitszorg.

Het vertrekpunt voor de kwaliteit van verloskundige zorg binnen 2MoVe)) wordt goed omschreven in het Stuurgroeprapport 'Een goed begin', (op blz. 30):

Kwaliteitszorg laat zich het beste omschrijven als; 'het doen van de juiste handeling, op de juiste tijd, op de juiste wijze door de juiste persoon, met het best mogelijke resultaat'. De insteek is de zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt te verzorgen.

Uitgangspunt voor elke deelnemer in het samenwerkingsverband

Elke deelnemer voldoet aan de gestelde wettelijke eisen aan de beroepsgroep en aan de erkende professionele standaarden van en de normen binnen de beroepsgroep zoals:

- BIG-registratie;
- Deelname aan de LVR-1 en 2 ;
- Bekend met – en handelen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving, waaronder de WBO, de WGBO en de Wet BIG;

Deelnemers verplichten zich te werken zoals is afgesproken in het VSV, waarbij de Verloskundige Indicatielijst (VIL) de basis vormt, waar nodig gewijzigd voor de lokale situatie.

Alle lokale afspraken worden op schrift gesteld en samengevat in een protocollen- of richtlijnenboek dat voor iedere deelnemer digitaal beschikbaar is. Zolang dit protocollenboek nog in voorbereiding is en zolang een afspraak er nog niet in opgenomen is gelden de notulen waarin de betreffende afspraak is opgenomen als bindend.

Er worden concrete afspraken gemaakt hoe het document wordt bijgehouden en wie hiervoor verantwoordelijk is. Reeds bestaande werkwijzen die naar tevredenheid functioneren kunnen het uitgangspunt hiervoor vormen.

Bij de start

Binnen het samenwerkingsverband wordt in aanvang, gebruik gemaakt van de bestaande protocollen. Er wordt een overzicht gemaakt van de reeds bestaande protocollen evenals een overzicht van de landelijke standpunten, richtlijnen en protocollen.

Gezamenlijke zorg impliceert gezamenlijke ontwikkeling van protocollen. In de toekomst zal dit het streven zijn.

De bestaande protocollen als volgt gerubriceerd:

1. VSV protocollen: die zijn reeds gezamenlijk opgesteld;
2. Overige gezamenlijke protocollen: ('het beval 1-2 overleg' en bijbehorende protocollen);
3. NVOG en KNOV protocollen die op elkaar aansluiten;
4. NVOG en KNOV protocollen die niet op elkaar aansluiten;
5. Protocollen van de vakgroep gynaecologie/obstetrie;
6. Protocollen van het samenwerkingsverband van verloskundigen;
7. Protocollen van individuele verloskundige praktijken;
8. Protocollen van verloskundig actieve huisartsen;
9. LESA's;
10. Protocollen rondom kraamzorg;
11. Protocollen van verloskundige zorgprofessionals met overige zorgprofessionals (bijv. huisartsen, fysiotherapie, diëtist).

Voor groep 1 t/m 3 geldt dat er sprake is van een samenhangend zorgaanbod voor de zwangere.

Voor groep 4 geldt dat de NVOG en KNOV protocollen een verplichtend karakter hebben.

Als deze richtlijnen met elkaar botsen zal in onderling overleg vastgesteld worden welke verschillen er zijn en hoe daar in de plaatselijke situatie mee omgegaan wordt. Uitgangspunt is het belang van de cliënt om van een samenhangend zorgaanbod gebruik te kunnen maken.

Binnen de groepen 5 t/m 11 kan de volgende onderverdeling gemaakt worden:

- A. Individuele protocollen die elkaar complementeren;
- B. Individuele protocollen met de noodzaak hiervan gezamenlijke protocollen (of in ieder geval complementaire protocollen) te formuleren om de cliënt niet de speelbal te laten zijn;
- C. Handig om elkaar inhoudelijk te informeren.

Voor dit overzicht wordt gebruik gemaakt van een format dat ingevuld kan worden door de samenwerkende partijen. Aan de hand van het ingevulde format is duidelijk of de benodigde overeenstemming tussen zorgprofessionals bestaat.

Er wordt een tijdspad afgesproken om gaandeweg verdere overeenstemming te bereiken.

Dit zal een continu proces zijn waarin gebruik gemaakt wordt van halfjaarlijkse verbeterplannen.

Het is reëel te verwachten dat een dergelijk afstemmingsproces enige jaren in beslag neemt.

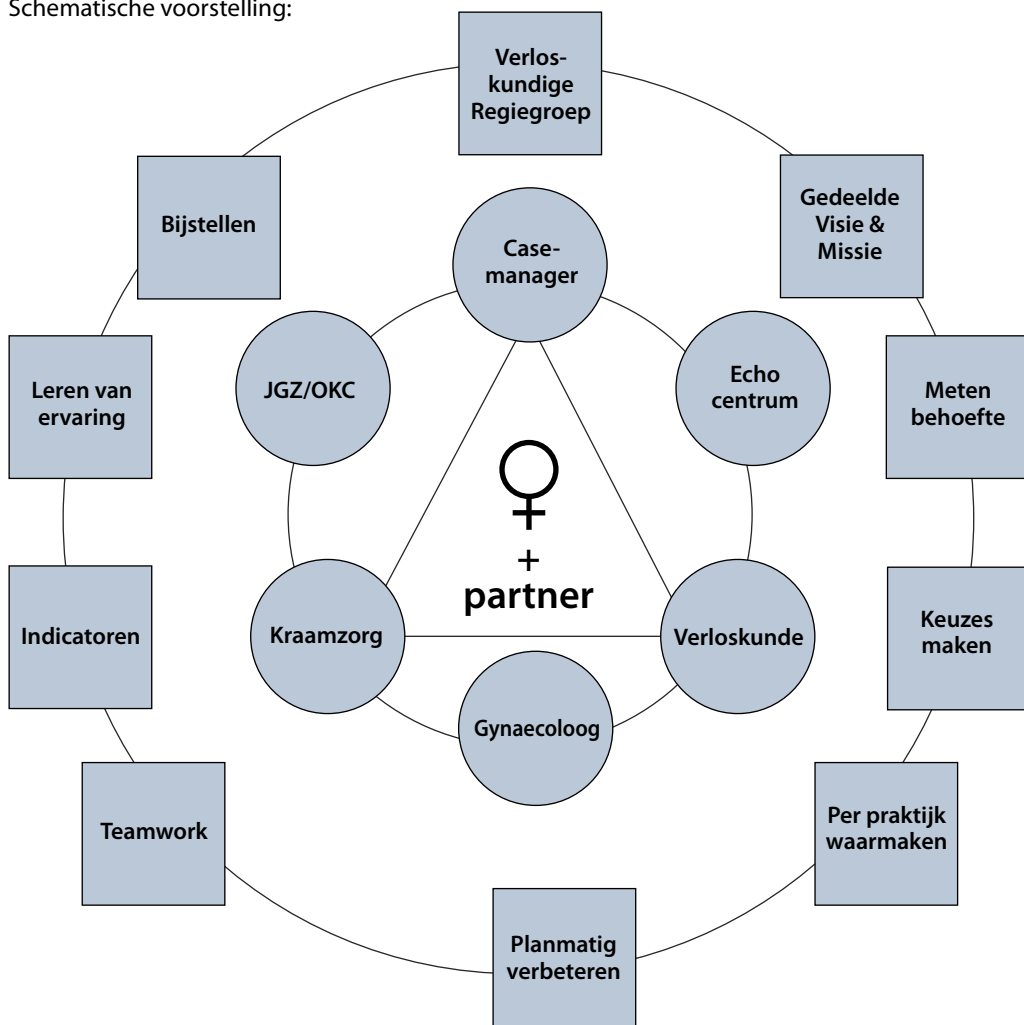
Voor de rubricering van de bestaande protocollen is een format in ontwikkeling. Tevens wordt een format gemaakt voor de vormgeving van de nieuwe protocollen.

3.5 Permanente evaluatie

Uitgangspunt voor het Model 2MoVe)) is het gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het bieden van zorg, die door de cliënt ervaren wordt als één samenhangend geheel. Hierbij uitgaand van goede medische zorg, de behoefte van de cliënt en passende zorg: door de juiste persoon, in de eerste lijn wat kan, de tweede lijn waar moet.

Introductie en uitbouw van deze wijze van werken vergt continue evaluatie en bijstelling, onderzoek en cliëntraadpleging. Binnen 2MoVe)) wordt hiertoe een aanzet gepleegd gecoördineerd vanuit het VRG.

Schematische voorstelling:



Hoofdstuk 4 De cliënt centraal

4.1 Inleiding

Een van de belangrijkste adviezen in het adviesrapport 'Een goed begin' betreft de positie van de cliënt: de zwangere, de jonge moeder en haar directe omgeving: plaats moeder en kind in de hoofdrol.

Het eerste van de zeven speerpunten luidt:

'Moeder en kind in de hoofdrol: Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen.'

Het is van cruciaal belang dat – meer dan nu – de cliënt gehoord wordt en serieus genomen wordt met haar wensen en behoeften, en waar mogelijk regie krijgt over zaken die haar zwangerschap betreffen.

De cliënt centraal is meer dan een modewoord of politiek correct statement. Als de verloskunde in de breedte erin slaagt om de zwangere daadwerkelijk centraal te stellen, zal dit naar verwachting leiden tot betere zorg, tevredener cliënten en betere uitkomsten van zwangerschap.

4.2 Cliënt in de hoofdrol

De cliënt centraal is de belangrijkste pijler van het model 2MoVe)). Het vormt de basis voor de inhoudelijke speerpunten die in hoofdstuk 5 worden uitgewerkt.

Een aantal elementen waarin dit concreet in praktijk wordt gebracht ter illustratie:

- Door de introductie van het zorgplan wordt het gesprek met de cliënt de basis voor de begeleiding die tijdens de zwangerschap ingezet wordt.
- Er wordt kennis gemaakt met de leefomgeving van de cliënt middels een huisbezoek.
- Er wordt voorzien in één gezamenlijk dossier van de cliënt dat de zwangere zelf bij zich heeft. Zij kan er van op aan dat alle zorgverleners over dezelfde actuele informatie beschikken en zich houden aan de afspraken gemaakt in het zorgplan.
- De introductie van de casemanager betekent dat er één zorgverlener is die de zorg rond de zwangere coördineert, en biedt de cliënt één aanspreekpunt op vaste momenten of in bijzondere situaties.
- De zwangere wordt meer continuïteit geboden: zij ziet een beperkt aantal zorgverleners en er wordt voorzien in een vloeiender verloop van de overdracht naar een andere hulpverlener, indien nodig. En zwangeren wordt een doorlopend en samenhangend voorlichtingsaanbod geboden, ongeacht wie de zorgverlener is.
- Indien zij daar prijs op stelt, is tijdens de baring, voor de cliënt continue begeleiding beschikbaar.

4.3 Organisatorische borging

Wie garandeert de cliënt dat deze verbeteringen ook daadwerkelijk goed uit de verf komen, en dat de cliënt – waar zij ook in behandeling is – kan rekenen op kwaliteit, en samenhang van de zorg die geboden wordt?

Op zichzelf genomen zijn bovenstaande maatregelen niet nieuw of revolutionair. De uitdaging echter binnen 2MoVe)) is om niet alleen op al deze punten stappen te nemen, maar in de praktijk met alle zorgverleners daadwerkelijk te opereren als één geheel: een zwangere die gedurende haar zwangerschap met diverse disciplines te maken krijgt, moet er van op aan kunnen dat alle zorgverleners als één geheel de zorg organiseren, aanbieden en afstemmen.

Niet de autonome professional maar de cliënt komt centraal te staan. Het is de opdracht aan alle zorgverleners binnen een gebied om met elkaar te regelen dat zij als één geheel opereren richting de cliënt, geen ruimte bieden voor afwijkende interpretaties van standaarden of solistisch optreden en elkaar aanspreken op optimaal samenwerken.

Om dit te realiseren wordt in het model 2MoVe)) voorzien in een Verloskundig Samenwerkings Verband Plus (VSV-Plus): een structuur waarbinnen - op basis van commitment en draagvlak voor de gezamenlijke visie - samenwerking, protocollen, procedurele verbeteringen en het nakomen van gemaakte afspraken wordt geregeld. Een einde aan de vrijblijvendheid: in dienst van de cliënt nemen de zorgverleners gezamenlijk de verantwoordelijkheid zich dusdanig te organiseren dat zorg-op-maat in teamverband wordt gerealiseerd (zie hoofdstuk 3).

Een aantal aspecten van de voorgestelde organisatievorm waarin het centraal stellen van de cliënt tot uiting komt:

- Alle zorgverleners nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor het organiseren van goede samenhangende zorg voor de cliënt. Ze gaan daartoe bindende samenwerking aan.
- Het VSV-Plus zorgt dat de cliënt erop kan rekenen dat alle zorgverleners uitgaan van dezelfde set geaccepteerde protocollen, dezelfde werkwijze hanteren als het gaat om zaken als case-management, zorgdossier en voorlichting.
- Heldere afspraken voorkomen dat de cliënt slachtoffer wordt van solistisch opererende zorgverleners: iedereen in het VSV-Plus gebied committeert zich aan de gemaakte afspraken.
- In het VSV-Plus heeft de cliënt een eigen positie. Ofwel in de vorm van lidmaatschap van de VRG zelf, ofwel door zitting te nemen in een cliëntenpanel met een belangrijke adviesfunctie aan de VRG.

Hoofdstuk 5 Optimale zorg rond de cliënt

5.1 Continuïteit

Voor de cliënt is een aspect van de zorgverlening erg belangrijk: dat is de continuïteit die zij daarbij ervaart. Zij kan continuïteit ervaren doordat ze de zorg van één persoon krijgt aangeboden of doordat zij het idee krijgt dat alle zorg integraal op elkaar aansluit en elkaar aanvult. Hieraan kan de verloskundig zorgverlener een bijdrage leveren met een attitude die open staat voor de signalen van de cliënt en de bereidheid daarop in te spelen. Dit wordt verder ondersteund door het gezamenlijk aanbieden van de zorg waarbij in de samenwerking geen onnodige effecten van hiërarchie merkbaar zijn en waarbij de kwaliteiten van elk type zorgverlener zo optimaal mogelijk worden benut.

5.1.1 Continuïteit van persoon

Aandacht en tijd zijn van groot belang voor de zwangere. Voor het ervaren van een vertrouwensband is het gevoel van elkaar kennen een belangrijke voorwaarde. Het kan in het belang van de cliënt zijn dat twee verloskundig zorgverleners met ieder hun persoonlijke beoordeling en meerwaarde (1+1=3) de zorg voor de cliënt kunnen delen. Daarnaast klikt het beter met de één dan met de ander en geeft dit de cliënt de mogelijkheid haar afspraken hierop af te stemmen. Hierbij wordt het accent van het kunnen kennismaken met elke zorgverlener, verschoven naar de kwaliteit van het contact. Dit wordt ondersteund door diverse onderzoeksbevindingen⁵.

Individuele prenatale consulten

Binnen 2MoVe) is het uitgangspunt dat er twee vaste verloskundige zorgverleners zijn in één praktijksetting die de zwangere ziet bij de individuele consulten. Een van hen is de casemanager. De casemanager speelt een belangrijke rol in de continuïteit van zorg. De cliënt kan de casemanager ervaren als hoofdbehandelaar.

Bij hoge uitzondering kan er sprake zijn van een derde persoon in geval van een vakantieperiode, verlof of calamiteiten. De zwangere wordt gevraagd bij het inplannen van haar afspraken erop te letten dat ze de voor haar vertrouwde mensen treft.

Doordat men elkaar regelmatig ziet en daadwerkelijk contact wordt opgebouwd tussen de verloskundige c.q. gynaecoloog en de cliënt, wordt de kans vergroot dat de cliënt de voor haar belangrijke zorgen in de zwangerschap deelt met degene die haar begeleidt. Een belangrijke factor als angst voor de bevalling kan dan openlijker ter tafel komen.

Acute zorg tijdens zwangerschap en bevalling

Aan de cliënt wordt uitgelegd dat in acute situaties tijdens de zwangerschap en bij de bevalling ook andere zorgverleners de begeleiding kunnen doen.

Acute verloskundige zorg dient 7 x 24 uur beschikbaar te zijn en is zoals bekend niet voorspelbaar. De keus is binnen 2MoVe) gemaakt om continuïteit in persoon door de twee verloskundig zorgverleners tijdens de consulten in de zwangerschap, niet als voorwaarde voor de acute zorg te stellen. Van groter belang is het bekend zijn met de verwachtingen en gegevens van de cliënt, aandacht voor de cliënt op het moment zelf en een uitgeruste zorgverlener die kwaliteit van zorg kan bieden.

⁵ Zie *Wetenschappelijke onderbouwing KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding*, pagina 124-129 en 149-150.

Deze begeleiding wordt geboden door de dienstdoende verloskundige of gynaecoloog. Hierbij geldt het uitgangspunt: eindverantwoordelijkheid in de eerste lijn daar waar het kan, eindverantwoordelijkheid in de 2e lijn indien dit aantoonbare meerwaarde heeft.

De kraamtijd

De regie van de zorg ligt in de kraamtijd bij de casemanager in resp. de thuis- en de ziekenhuis-situatie.

Tijdens de kraambedperiode wordt de zwangere een aantal keren bezocht door één van de verloskundigen in de thuis- resp. de klinische situatie. De frequentie van bezoek wordt afgestemd op haar persoonlijke situatie. In ieder geval wordt één van deze kraamvisites door de casemanager afgelegd. Indien een persoonlijk bezoek door de casemanager niet mogelijk is, overlegt de verloskundige die de cliënt wel bezoekt of er nog behoefte is aan een apart contactmoment met de casemanager en organiseert dit.

Het is wenselijk dat de zorgverlener die de baring begeleidt heeft tijdens de kraamtijd de cliënt bezoekt. Als dit niet mogelijk is wordt de cliënt een mogelijkheid tot nabespreking met deze zorgverlener geboden (6 weken post partum of zo nodig eerder).

De kraamverzorgende of verpleegkundige speelt een belangrijke rol tijdens de kraamtijd. Wisseling van kraamverzorgende tijdens de kraamperiode wordt tot één keer beperkt, om de continuïteit voor moeder en kind te waarborgen. Op de kraamafdeling wordt eveneens gestreefd naar een zo groot mogelijke continuïteit van persoon. Het heeft de voorkeur dat de bezoekende verloskundige minimaal één keer in de kraamtijd de kraamverzorgende thuis bij de cliënt treft. In de ziekenhuissetting is er direct contact met de toegewezen verpleegkundige. Voor de onderlinge afstemming tussen de kraamverzorgende (of de verpleegkundige), de casemanager en de (klinisch) verloskundige wordt gebruik gemaakt van het zorgplan en het gezamenlijke dossier.

Na afsluiting van de kraamtijd wordt de zorg overgedragen aan de Jeugdgezondheidszorg door de (klinisch) verloskundige die de kraamtijd afsluit in overleg met de cliënt. Hiervoor wordt een overdracht gedaan volgens een standaard format welke is voorbereid door de casemanager en aangevuld met de laatste gegevens door de (klinisch) verloskundige die de overdracht verzorgt. De casemanager ontvangt een kopie van deze overdracht en voorziet zo nodig de JGZ van aanvullende informatie.

Indien de klinisch verloskundige deze rol niet vervult in het betreffende ziekenhuis worden haar verantwoordelijkheden gedragen door de gynaecoloog.

Afsluiting van de zorg door de verloskundig zorgverlener

Rond zes weken post partum is er contact tussen de zwangere en de casemanager (bij voorkeur fysiek) waarbij het welbevinden van de cliënt en haar gezin en de zorg aan de hand van het zorgplan wordt geëvalueerd.

De casemanager inventariseert eveneens of de cliënt behoefte heeft aan een nabespreking met de zorgverlener die de bevalling begeleidt heeft of een andere zorgverlener (bijv. de huisarts, lactatiekundige of fysiotherapeut). Zo nodig realiseert zij hiervoor de afspraak.

Als zorg niet alleen in eigen praktijk geboden wordt

Wanneer er voor een korte periode zorg wordt geleverd door een gynaecoloog of verloskundige buiten de eigen praktijksetting blijft de casemanager contact onderhouden met de cliënt. De cliënt houdt daarbij het gevoel in beeld te blijven bij de casemanager.

Mocht de zorg buiten de eigen praktijksetting langer nodig zijn dan wordt het casemanagement overgedragen. Gewaarborgd wordt dat de taken van de casemanager volledig worden overgenomen en de cliënt hiervan op de hoogte wordt gesteld.

Bij het in zorg komen tijdens de bevalling van een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een gynaecoloog, zal de verloskundige of arts-assistent die de bevalling vanaf het begin begeleidde in ieder geval bij vrouw blijven totdat het afgesproken beleid is ingezet en de cliënt goed geïnformeerd en rustig is.

5.1.2 Continuïteit van zorg

Naast continuïteit in persoon heeft de zwangere belang bij continuïteit van zorg. De casemanager speelt hierin een belangrijke rol (zie 5.1).

De casemanager draagt zorg voor de melding aan de huisarts van de zwangerschap en het opvragen van informatie die van belang kan zijn voor de verloskundige zorg. De huisarts informeert de verloskundige zorgverlener over relevante informatie op zowel psychosociaal als medisch gebied.

Tijdens de individuele prenatale consulten wordt naast het zwangerschapsdossier een zorgplan opgesteld. Het zorgplan beschrijft de afspraken met de zwangere over de zorg die zij kan verwachten. Het zorgplan is opgesteld door de casemanager en cliënt gezamenlijk en heeft als doel het leveren van zorg op maat (zie 5.3).

Tijdens elk contact met de zwangere stelt de zorgverlener zich op de hoogte van het zorgplan en het volledige dossier en geeft hierbij uitvoering aan de gemaakte afspraken met de cliënt.

Wat in de eerste lijn in gang wordt gezet, wordt zo nodig gecontinueerd in de tweede lijn (en andersom). Doordat binnen het samenwerkingsverband 2MoVe)) het uitgangspunt is gezamenlijk de zorg te bieden, eenduidige beleidsafspraken zijn gemaakt en cliënten worden besproken in een casuïstiekoverleg, kan een noodzakelijke overdracht van zorg voor de cliënt vloeiend verlopen. Zo wordt gezorgd voor continuïteit, ook als de persoon die de zorg levert niet steeds dezelfde is. Binnen het samenwerkingsverband bestaan afspraken over de protocollen waarmee gewerkt wordt (zie 3.4).

De casuïstiekbespreking

De casuïstiekbespreking, ofwel de gezamenlijke dossierbespreking tussen gynaecoloog en verloskundige, vindt plaats op meerdere momenten in de zwangerschapsperiode. Voor de pilot van 2MoVe)) werd elke cliënt met een niet-blanco anamnese na de intake besproken. In de pilot bleek de behoefte het overleg in een aantal gevallen verderop in de zwangerschap te herhalen. Binnen het samenwerkingsverband worden afspraken gemaakt over:

- In welke situaties bespreking plaatsvindt;
- Op welke momenten bespreking plaatsvindt;
- Volgens welke systematiek het overleg wordt ingevuld;
- Waar de bespreking plaatsvindt;
- Hoe en door wie afspraken in dossier en zorgplan gedocumenteerd worden;
- Hoe nieuwe media (zoals Skype) ingezet kunnen worden voor doelmatig overleg.

In de situatie dat alle zwangeren zorg ontvangen volgens 2MoVe)) zijn dit zowel cliënten die zorg ontvangen van de gynaecoloog als van de verloskundige. De bespreking geschiedt in aanwezigheid van de casemanager van de betreffende cliënt.

Contactmomenten kraamzorg en verloskundig zorgverleners

Er worden concrete afspraken gemaakt over de frequentie en inhoud van het overleg tussen verloskundig zorgverleners en de kraamzorg. De resultaten van dit overleg worden gedocumenteerd in het dossier en het zorgplan.

5.2 Casemanager

Voor iedere zwangere is er een casemanager die haar begeleidt tijdens de zwangerschap met als doel: vertrouwen te scheppen, bij te dragen aan het welzijn van de zwangere en de regie over het gehele zorgtraject te verbeteren.

De casemanager is de coördinator van de zorg rond de zwangere. Zij speelt een belangrijke rol in de continuïteit van zorg en zorgt dat de cliënt centraal blijft staan.

Om deze taak te vervullen is het belangrijk dat de casemanager een vertrouwensband opbouwt met de zwangere zodat zij zich veilig voelt. De casemanager wacht niet reactief af in de spreekkamer maar verwerft zich actief inzicht in het dagelijks leven van de zwangere.

Aan het begin van de zwangerschap en bij overdracht wordt gecommuniceerd wie de casemanager is en wat de zwangere van haar mag verwachten.

De cliënt binnen 2MoVe))

2MoVe)) gaat uit van een cliënt die zelf verantwoordelijkheid draagt voor haar gezondheid en die van haar kind. Zij bespreekt met de casemanager of er ondersteuning nodig is bij het aangaan van contacten met andere zorgverleners.

Afhankelijk van de persoon en situatie, en altijd in samenspraak met de cliënt, bepaalt de casemanager hoe zij haar coördinerende taken uitwerkt.

De casemanager binnen 2MoVe))

De casemanager is bij voorkeur de persoon die direct en meest betrokkene is bij de zorgverlening van de cliënt. Het is één van de twee vaste verloskundige zorgverleners binnen één praktijksetting, die de zwangere ziet bij de individuele consulten.

Voor de laagrisico zwangeren is dit de eerstelijns verloskundige. Voor de hoogrisico zwangere is de klinisch verloskundige de aangewezen casemanager, bij afwezigheid van deze discipline is dit de gynaecoloog. De verloskundige (zowel eerstelijns als klinisch) heeft als kenmerk integrale zorg te bieden, dit betekent dat medische en psychosociale zorg geïntegreerd worden aangeboden. In het Stuurgroeperapport 'Een Goed Begin' wordt het casemanagerschap belicht in relatie tot de cliënt die centraal staat. Dit brengt met zich mee dat het casemanagerschap in principe ingevuld wordt door één persoon. Bij ziekte, verlof of vakantie, wordt dit tijdelijk overgedragen aan een vaste vervanger.

Bij het kort in zorg komen van een gynaecoloog of verloskundige buiten de eigen praktijksetting blijft de casemanager contact onderhouden met de cliënt. De cliënt houdt daarbij het gevoel in beeld te blijven bij de casemanager.

Mocht de zorg buiten de eigen praktijksetting langer nodig zijn dan wordt het casemanagement overgedragen. Gewaarborgd wordt dat de taken van de casemanager volledig worden overgenomen en de cliënt hiervan op de hoogte wordt gesteld. Binnen het samenwerkingsverband worden afspraken gemaakt wat verstaan wordt onder 'langer nodig zijn'. In de pilotsetting werd de afspraak gehanteerd dat bij een overdracht vóór 36 weken het casemanagement eveneens werd overgedragen.

Wat mag de cliënt van de casemanager verwachten

- Zij is één van de twee vaste verloskundig zorgverleners tijdens de individuele consulten.
- Op vaste momenten is zij het aanspreekpunt voor de cliënt, ze kan een vertrouwenspersoon voor de cliënt zijn.
- Ze voorkomt dat de cliënt tussen wal en schip valt bij overdracht tussen zorgverleners.
- Ze doet melding van de zwangerschap aan de huisarts en informeert naar bijzonderheden die van belang kunnen zijn voor de verloskundige zorg.
- Ze houdt overzicht over onderzoek en behandeling van andere zorgverleners, daar waar dit relevant is voor verloop van de zwangerschap, baring en kraambed.
- Ze informeert andere betrokken zorgverleners over relevante zaken in het verloop van zwangerschap, baring en kraambed (zorgtraject).
- Ze is contactpersoon voor andere zorgverleners en instanties die betrokken zijn bij het zorgtraject van de cliënt.
- Ze bespreekt zo nodig de cliënt in VSV-Plus verband.
- Ze scheidt voorwaarden voor de continuïteit van zorg zoals het zorgplan.
- Ze zorgt voor de overdracht van zorg aan de huisarts en JGZ na afsluiting van het kraambed.
- Ze is verantwoordelijk voor het (uitvoeren van) huisbezoek.

Vaste contactmomenten tussen cliënt en casemanager

- De intake: de casemanager neemt medische, psychische en sociale anamnese af.
- Tweede consult waar het zorgplan wordt besproken.
- Het gesprek vóór 34 weken waarbij tevens voorlichting over de bevalling wordt gegeven en het geboorteplan wordt besproken. De casemanager bepaalt in samenspraak met de zwangere onder wiens leiding en waar de bevalling in principe gaat plaatsvinden (zo mogelijk voor de 35 weken).
- Tijdens de kraamtijd.
- Consult rond 6 weken post partum waarbij het hele zorgtraject met de cliënt wordt geëvalueerd.

Wat kan de cliënt bij een hulpvraag verwachten

Als de cliënt zich met een hulpvraag meldt wordt de verloskundige zorg direct geboden door de verloskundig zorgverlener die het daadwerkelijke contact heeft met de cliënt (regulier tijdens het spreekuur of indien sprake is van acute zorg). Deze draagt tevens zorg voor het inschakelen van overige partners in de keten. De casemanager wordt bij het inschakelen van overige partners in de keten altijd op de hoogte gesteld. De casemanager beoordeelt of de ketenpartner aanvullend geïnformeerd dient te worden en heeft zo nodig contact met de cliënt.

Een belangrijke voorwaarde de zorg voor de cliënt passend te kunnen invullen is een volledig bijgehouden zorgplan welke door de casemanager en cliënt samen is opgesteld.

De casemanager is eindverantwoordelijk voor het bijhouden en beheer van het dossier inclusief het zorgplan dan wel het patiënten webbased dossier. Alle zorgverleners zijn vanzelfsprekend verantwoordelijk voor het bijhouden van de cliëntgegevens in het dossier tijdens contactmomenten. De casemanager evalueert op de vastgestelde momenten het zorgplan.

Competenties

Het casemanagerschap vraagt een aantal competenties waarover niet alle verloskundigen en gynaecologen zullen beschikken. Het casemanagerschap vraagt naast de medisch inhoudelijke

kennis en vaardigheden, een verdieping van kennis en vaardigheden om sociale risicofactoren te identificeren en daarvoor relevante hulpverleners en organisaties in te schakelen. Ze zal dus kennis moeten hebben van de sociale kaart.

Daarbij zal ze nauwe samenwerking moeten initiëren en onderhouden met diverse instanties waaronder de Centra voor Jeugd & Gezin.

Training lijkt noodzakelijk ten aanzien van competenties als grensbewaking (om het 'best-girlfriend'-gevoel te voorkomen), het managen van verwachtingen en het omgaan met een instrument voor vroegsignalering zoals bijvoorbeeld ALPHA-NL. Deze training kan aangevuld worden met verdere verdieping van kennis en vaardigheden om sociale risicofactoren te identificeren en de sociale kaart. Dit noodzaakt evaluatie van de aanwezige vaardigheden en het op maat aanbieden van nascholing aan huidige verloskundig zorgverleners.

5.3 Het zorgplan

Een zorgplan heeft als doel: het leveren van zorg op maat voor iedere zwangere. Het zorgplan wordt voor de 14e week van zwangerschap vastgelegd en omvat: het verwachte verloop van de zwangerschap, geboorte en kraamperiode met heldere evaluatiemomenten. Het is een op de zwangere en haar omgeving gericht document, wat systematisch wordt geïntegreerd in de verloskundige zorgverlening. Een zorgplan is een dynamisch document dat wordt aangepast indien de situatie van de cliënt dit vereist.

Het biedt de zwangere (en de verloskundig zorgverlener) inzicht in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie onderneemt. Het is als het ware een checklist die voor beiden beschikbaar is.

Het dossier in relatie tot het zorgplan

Het dossier van de zwangere bevat alle gegevens, waaronder informatie over de gesignaleerde problemen of bijzonderheden. Het kan gaan om problemen op zowel medisch, psychosociaal als maatschappelijk vlak. Een onderdeel van het dossier is het zorgplan.

Het zorgplan geeft een korte probleembeschrijving en de doelen en middelen om de problemen aan te pakken. Het beschrijft concreet de afspraken over de zorg die de cliënt dient te krijgen.

Een voorbeeld:

Het dossier beschrijft het probleem; de angst die de zwangere ervaart met de bijbehorende achtergronden. Bij hoge angstscores wordt in het zorgplan expliciet opgenomen hoe hiermee om te gaan.

Het zorgplan beschrijft als doel van de zorg; het reduceren van de angst.

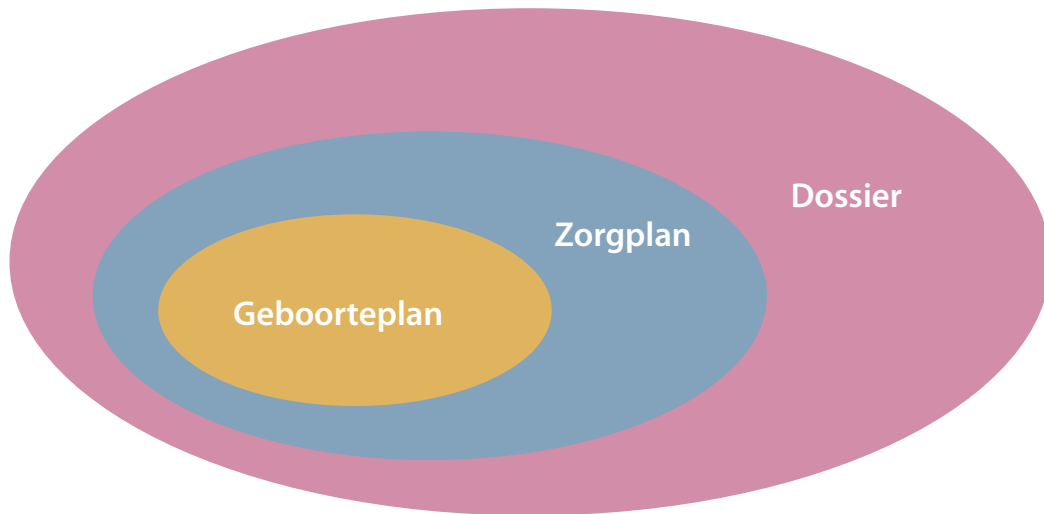
Het zorgplan beschrijft als middel om dit te bereiken voor deze cliënt een gesprek bij 30 weken met de casemanager, coaching en/of een consult bij de anesthesioloog in de zwangerschap en het oproepen van een kraamverzorgende in een vroeg stadium van de baring.

Binnen het zorgplan is een kader vastgelegd om gedurende de zwangerschap wensen en afspraken over de bevalling te registreren in een geboorteplan.

Individuele aanpassingen per cliënt

Om te kunnen spreken van zorg op maat biedt het zorgplan ruimte voor individuele invulling. Naast een aantal items die voor iedere zwangere van toepassing zijn worden afspraken over specifieke problemen of bijzonderheden ingevoegd.

Inhoud zorgplan



Tenminste worden in het zorgplan de volgende thema's opgenomen:

1. Prenatale begeleiding

Belangrijke aanbevelingen hierbij zijn:

 - Individueel consultschema afgestemd op medisch noodzakelijke zorg en de behoefte van de cliënt;
 - Groepsvoorlichting;
 - Aandacht voor medische, psychische en sociale problemen bij ieder consult;
 - Individuele voorlichting, gevolgd door schriftelijke voorlichtingsmaterialen.
2. Een samenvatting van de anamnese welke leidt tot de doelen en middelen om problemen aan te pakken. Benoemen van de evaluatiemomenten in zorg waarop het zorgplan opnieuw wordt besproken met de cliënt en zo nodig wordt aangepast.
3. Afspraken over zorg op maat voor deze specifieke cliënt al naar gelang haar medische, psychische en sociale anamnese en zorgbehoefte. Betrokkenheid overige instanties zoals Kraamzorg, JGZ, Centrum Jeugd & Gezin, psycholoog, fysiotherapeut.
4. Een onderdeel van het zorgplan is het geboortepan.

Werkwijze zorgplan

Het is belangrijk de informatie over het zorgplan en het belang ervan voor de cliënt te benadrukken. De voorlichting is erop gericht de verantwoordelijkheid voor het zorgplan ook bij de cliënt te leggen. Zij is mede verantwoordelijk om te zorgen dat iedere zorgverlener waar zij mee te maken krijgt het kent en te zien krijgt. Zolang dit nog niet gebruikelijk is in de regio vergt het extra aandacht de zwangeren te laten wennen aan hun nieuwe rol. De zorgverlener ondersteunt haar door bij elk contact actief te vragen naar het zorgplan.

Tijdens elk contact met de zwangere stelt de zorgverlener zich op de hoogte van het zorgplan en het volledige dossier en geeft hierbij uitvoering aan de gemaakte afspraken met de cliënt. Op vooraf bepaalde evaluatiemomenten evalueert de casemanager het zorgplan in overleg met de cliënt.

Werkwijze geboorteplan

De cliënt wordt voorgelicht over het belang en de werkwijze rondom het geboorteplan. Ook hier ligt de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de cliënt en wordt zij door de zorgverlener ondersteund. De cliënt vult het in om vervolgens het met de verloskundig zorgverlener te bespreken. Daarbij besteedt de zorgverlener aandacht aan de balans tussen de wensen van de cliënt en de zorgbehoefte vanuit medisch perspectief. Met de cliënt worden hierover afspraken gemaakt en vastgelegd in het geboorteplan.

Basis evaluatiemomenten van het zorgplan

- 2e consult met opstellen zorgplan voor de 14e zwangerschapsweek;
- 30-34 weken huisbezoek met bespreking van het geboorteplan, voorlichting over de bevalling, counseling pijnbehandeling, coördinatie met kraamzorg;
- Tijdens een kraamvisite door de casemanager;
- Nacontrole enkele weken post partum met evaluatie van de zorg en overdracht naar andere instanties. De cliënt kan zelf de keuze maken dit te doen met de zorgverlener die de bevalling begeleidt in plaats van de casemanager;
- In overleg met de cliënt kan er een evaluatiemoment worden aangepast of toegevoegd.

Format zorgplan

Het zorgplan is in de toekomst een integraal onderdeel van het Perinataal Webbased Dossier. Na toestemming van de cliënt kan dit dossier worden ingezien door overige betrokken medische zorgverleners. Deze toestemming wordt bij de intake gevraagd voor de onderlinge uitwisseling van gegevens binnen het samenwerkingsverband. Het format van het zorgplan is (digitaal) vastgelegd, een deel van het zorgplan is (digitaal gestructureerd en) van toepassing op alle zwangeren en de overige gegevens betreffen zorg op maat per zwangere. De cliënt heeft een kopie van de laatste versie van het zorgplan in eigen beheer en kan hierop in de thuissituatie anticiperen en reflecteren.

Bij de digitale toepassing is het belangrijk dat gekozen wordt voor een variant waarbij de cliënt zich zelf eigenaar gaat voelen (zoals bijvoorbeeld bij een 'app').

Format geboorteplan

Voor het geboorteplan is het wenselijk van meer varianten gebruik te maken. Deze varianten kunnen in afstemming met de cliënt worden ingezet. De ene variant geeft alle keuzeopties weer als een soort multiple choice; de andere geeft meer ruimte voor eigen invulling. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de verschillende behoeften onder cliëntgroepen.

Verslaglegging

Voor het daadwerkelijk bieden van gezamenlijke zorg is het noodzakelijk dat het zorgplan op dezelfde manier wordt bijgehouden door de zorgaanbieders. Adequate verslaglegging is een voorwaarde voor een kwalitatief goed zorgplan. Het zorgplan vervult een belangrijke bijdrage aan een effectief verloop van de gezamenlijke casuïstiekbespreking.

Tot slot: een goed gedocumenteerd zorgplan stelt hoge eisen aan verslaglegging van alle betrokken zorgverleners. De casemanager is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van dit zorgplan en spreekt betrokken zorgverleners hierop aan.

5.4 Het huisbezoek

Inzicht in de thuissituatie van de zwangere draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Immers, dit is de omgeving waarin mogelijk de bevalling en zeker een groot deel van de kraamtijd doorgebracht wordt. Aansluitend is dit de omgeving waarin het gezin in nieuwe samenstelling het normale leven weer oppakt.

Een huisbezoek biedt informatie over deze thuissituatie in aanvulling op de contacten die er zijn met de zwangere in de praktijk en/of het ziekenhuis.

Binnen 2MoVe) wordt elke cliënt minimaal eenmaal in de zwangerschap thuis bezocht.

Om werkelijk inzicht te krijgen in de thuissituatie is het van belang dat het bezoek in een open en vertrouwelijke sfeer plaatsvindt. De cliënt en daarmee de zorg en veiligheid voor haar gezin staat centraal.

Doelen van het huisbezoek

- Completeren van het beeld van de gezinssituatie en signaleren of er sprake is van psychosociale problematiek;
- Waar nodig aanvullende prenatale voorlichting geven;
- Beoordelen of in de thuissituatie van de vrouw een veilige bevalling en kraamperiode mogelijk is (veiligheid zwangere en kind maar ook veiligheid professional arbo-technisch);
- Beoordelen onder welke aan te passen condities de thuissituatie eventueel wel voldoende veilig is (voor een eventuele thuisbevalling, maar zeker ook voor de kraamperiode en de tijd daarna);

Daarnaast of tegelijkertijd vindt een intake van de kraamzorgorganisatie plaats volgens het huidige Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Bij het bepalen van de voorlopige plaats van de bevalling speelt mede informatie uit het huisbezoek een rol.

Wie bezoekt de cliënt?

De casemanager is verantwoordelijk voor de uitvoering van het huisbezoek. De casemanager kan zelf het bezoek afleggen of er zorg voor dragen dat het huisbezoek wordt uitgevoerd door een adequaat geschoolde professional.

Elk samenwerkingsverband bepaalt gezamenlijk door wie het huisbezoek wordt afgelegd en maakt afspraken over de keuze uit de twee opties voor de inhoud van het huisbezoek. Deze keuze wordt mede ingegeven door de wensen en omstandigheden van de betreffende cliënt. In werkafspraken wordt vastgelegd wie welk huisbezoek verricht, welke onderwerpen en aspecten aan bod komen en hoe informatie door zorgverleners wordt uitgewisseld. Afspraken met de cliënt worden direct in het zorgplan opgenomen.

De inhoud van het prenataal huisbezoek

Hiervoor bestaan binnen 2MoVe) twee opties;

1. Een geprotocolleerd deel welke betrekking heeft op de veiligheid en de zorg in de thuissituatie.
2. Het geprotocolleerde deel aangevuld met een individueel gesprek over de invulling van het geboorteplan.

Als de keus gemaakt wordt voor optie 1 vindt het individuele gesprek over de invulling van het geboorteplan plaats in de praktijk of het ziekenhuis. Indien dit vragen oproept ten aanzien van de thuissituatie worden deze doorspeeld naar degene die het huisbezoek verricht.

Optie 1 Uitwerking protocollaire deel

Hiervoor zijn een aantal vragen geformuleerd waarvan het antwoord zichtbaar wordt bij de zwangere thuis.

Aan de hand van een checklist vindt het gesprek plaats.

Het protocollaire deel bevat o.a.:

- Algemene indruk: hygiëne thuis, watervoorziening, ruimte, middelen
- Toegankelijkheid ambulance: kan de brancard in het huis komen? welke delen niet?
- Bereikbaarheid van de woning (in aanvulling op navigatiesystemen)
- Welke aanpassingen / hulpmiddelen zijn nodig voor een eventuele thuisbevalling?
- Zijn spullen aanwezig voor de pasgeborene?
- Is er mantelzorg beschikbaar?
- Wat moet er nog geregeld worden voor bevalling en kraamtijd? Zwangerschapsverlof, verhuizing, spullen, werksituatie man etc?
- Praktische aanwijzingen voor de bevalling en kraamtijd

Het streven is dat het huisbezoek met deze inhoud gecombineerd wordt met de intake van de kraamzorgorganisatie.

De uitvoerder van het huisbezoek informeert rechtstreeks schriftelijk de casemanager.

De kraamzorgorganisatie ontvangt eveneens een afschrift hiervan. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in het zorgplan.

Werkwijze optie 1 in het kort

Bij 26 - 30 weken zwangerschap:

- Bespreking geboorteplan met casemanager in spreekuursetting;
- Casemanager speelt eventuele vragen t.a.v. thuissituatie door aan de uitvoerder van het huisbezoek;
- Uitvoerder huisbezoek plant afspraak in overleg met cliënt voor huisbezoek.

Bij 34 weken zwangerschap:

- Huisbezoek gecombineerd met intake kraamzorgorganisatie;
- Verslaglegging huisbezoek naar casemanager en kraamzorgorganisatie.

Optie 2: Protocollaire deel aangevuld met een individueel gesprek over het geboorteplan

Hiervoor vinden twee huisbezoeken plaats of combineren verloskundige en kraamzorgorganisatie hun bezoek. Binnen het samenwerkingsverband bestaan afspraken wie welk deel voor haar rekening neemt.

Het individueel afgestemde deel betreft het bespreken van de gang van zaken rond de bevalling.

Hierbij komen de wensen en behoeften van de zwangere aanbod in samenhang met de thuissituatie. Het heeft de voorkeur dat de eventuele partner aanwezig is bij het gesprek.

Als leidraad voor het gesprek:

- Wat zijn de verwachtingen t.a.v. de bevalling van de cliënt en haar partner?
- Wat zijn de wensen van de cliënt en haar partner?
- De voorbereiding van de cliënt op de bevalling.
- Het normale verloop van een bevalling en de kans op complicaties. Anamnese en het verloop van de zwangerschap worden hierin betrokken.
- Uitleg over het belang van een vroeg eerste bezoek tijdens de bevalling (zie 3.5)
- De begeleiding/steun tijdens de bevalling (partner, vriendin, familie, kraamzorg/verpleegkundige, verloskundig zorgverlener, doula of anders).
- Andere kinderen in het gezin; hoe en wanneer worden zij opgevangen?
- Conditie van de zwangere.
- Mogelijkheden van bevallen; baarschelp, baarkruk, bad en gebruik douche tijdens weeën.
- Omgaan met pijn.

De casemanager doet verslag van het gesprek ter voorbereiding op de bevalling. Door de invulling van het geboortepan (onderdeel van het zorgplan) is iedere betrokken zorgverlener betrokken geïnformeerd.

Werkwijze optie 2 in het kort

Bij 22 weken zwangerschap:

- Assistent verloskundig zorgverlener plant afspraak in overleg met cliënt voor een huisbezoek van de casemanager en het huisbezoek van de kraamzorgorganisatie (tenzij de kraamzorgorganisatie dit zelf plant).

Bij 26-34 weken zwangerschap:

- Huisbezoek door casemanager, nadat groepsvoorlichting is bezocht:
Bespreking protocollaire deel voor zover van toepassing
Bespreking geboortepan
Verslaglegging in geboortepan, zorgplan en dossier
- Huisbezoek kraamzorgorganisatie;
Bespreking protocollaire deel voor zover van toepassing
Verslaglegging huisbezoek naar casemanager en kraamzorgorganisatie;
Gemaakte afspraken worden eveneens vastgelegd in het zorgplan.

Een bijzondere gezinssituatie kan leiden tot een vervroegd huisbezoek met als doel de psychosociale problematiek vroegtijdig in beeld te brengen zodat adequate ondersteuning bijtijds kan worden ingezet.

5.5 Begeleiding tijdens de baring

De Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte pleit ervoor dat een zwangere vanaf het begin van de bevalling (bij aanvang van de actieve ontsluitingsfase) niet meer alleen wordt gelaten. Naast de medische begeleiding is erkend dat ondersteuning van de cliënt van belang is en meer aandacht verdient.

2MoVe)) heeft als uitgangspunt dat de wens van de cliënt centraal staat naast de medische noodzaak van inhoudelijke zorg zoals valt onder de verantwoordelijkheid van de verloskundig zorgverlener.

Cliënt geeft het startsein voor de begeleiding

Tijdens de zwangerschap wordt de cliënt geïnformeerd over het belang van een vroeg eerste bezoek tijdens de bevalling. Het doel van dit bezoek is tweeledig:

1. In overleg met de cliënt te beoordelen welke mate van begeleiding door de cliënt gewenst is.
2. Het vaststellen van de fase waarin de cliënt zich bevindt om het bevallingsproces goed te kunnen begeleiden.

De cliënt geeft aan op welk moment zij behoefte heeft aan een dergelijk bezoek en krijgt aanvullende instructies op welk moment zij in ieder geval contact dient op te nemen.

Deze belinstructies zijn afgestemd op haar individuele situatie en vastgelegd in het geboorteplan.

Continue beschikbaarheid van de verloskundig zorgverlener of begeleider

In het Stuurgroerapport wordt uitgegaan van continue aanwezigheid vanaf de actieve fase.

Binnen 2MoVe)) is de keus dit te nuanceren en aan te laten sluiten bij de wens van de cliënt. Om dit te realiseren indiceert de verloskundig zorgverlener samen met de cliënt of er aanvullende begeleiding nodig is op geleide van de behoefte van de cliënt en haar partner. Speciale aandacht wordt gegeven aan de rol die de partner of andere betrokkenen bij de zwangere voor haar kunnen vervullen.

Uitgangspunt hierbij is dat begeleiding continu beschikbaar is. De behoefte van de cliënt en de medische noodzaak is leidend voor de ondersteuning die geboden wordt.

De verloskundige zorgverlener is verantwoordelijk voor de organisatie van adequate ondersteuning.

Deze kan ingevuld worden door de verloskundige zorgverlener zelf, verloskundige zorgverleners in opleiding, de kraamverzorgende of de O&Gverpleegkundige. De cliënt kan zelf de keuze maken hiervoor tevens gebruik te willen maken van bijvoorbeeld een doula, masseur of voetzool-reflexologie in overleg met de verloskundige zorgverlener.

Medische verantwoordelijkheid ligt bij de verloskundig zorgverlener

De verloskundige zorgverlener die de continue begeleiding op zich neemt, behoudt daarnaast altijd de medische verantwoordelijkheid. De kracht van de verloskundige als ondersteuner is dat bewaking en begeleiding geïntegreerd kan worden.

Integreren van bewaken en begeleiden

De begeleiding van de verloskundige tijdens de bevalling richt zich op de voortgang van de ontsluiting, de draagkracht van de vrouw en de gezondheid van moeder en kind. Vanuit deze verloskundige verantwoordelijkheid en vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie, heeft het de voorkeur dat de barendende vrouw door de verloskundige continue begeleidt wordt. Zij doet dat in nauwe samenwerking met de kraamzorg of de O&G-verpleegkundige. Dat betekent dat de kraamverzorgende zo nodig de verloskundige bijstaat tijdens de begeleiding van de actieve fase. Tijdens de latente fase kan, als de vrouw daar behoefte aan heeft, de kraamverzorgende of de O&G-verpleegkundige ingezet worden om de begeleiding te geven. Het betekent in ieder geval dat de kraamverzorgende ruim voor de bevalling aanwezig is.

Taken van de continue ondersteuner tijdens de partus (begeleidings- en bewaakfunctie)

- Risicoselectie (voorbehouden aan verloskundig zorgverlener);
- Beoordeling draagkracht van de vrouw (voorbehouden aan verloskundig zorgverlener);
- Controle en verslaglegging van de voortgang indaling en ontsluiting/evaluatie van de voortgang (voorbehouden aan verloskundig zorgverlener);
- Beoordeling foetale en maternale conditie (voorbehouden aan verloskundig zorgverlener).
Bij laagrisicobevallingen vanaf de start van de actieve fase minimaal eenmaal per twee uur, bij hoogrisicobevallingen continu. (De Stuurgroep beveelt aan nader te onderzoeken hoe vaak de harttonen van het kind beluisterd moeten worden).
- Observatie weeënpatroon;
- Ondersteuning pijn;
- Emotionele ondersteuning;
- Ondersteuning partner;
- Organiseren van de bevalomgeving;
- Aanwezig zijn en daardoor verhogen ontspanning/rust bij de vrouw;
- Observatie in het algemeen.

Voorbereiding op de (begeleiding bij de) bevalling

De zwangere en haar eventuele partner worden tijdens de zwangerschap geïnformeerd over onder andere het verloop van de bevalling (onderscheid fasen) en het belang van continue ondersteuning. Deze informatie wordt geboden in de prenatale groepsvoorlichting en tijdens het individuele consult en huisbezoek aangepast aan de individuele situatie. Dit wordt ondersteund met het uitreiken van schriftelijk voorlichtingsmateriaal.

De casemanager stimuleert de zwangere gebruik te maken van het geboortepan en zorgt dat dit opgenomen wordt in het zorgplan.

Het geboortepan biedt als mogelijkheden;

- het bespreken van wensen van de cliënt;
- empowerment van de zwangere: het nadenken over het gebruik van eigen kracht en mogelijkheden;
- degene die de daadwerkelijke begeleiding biedt bij de start goed te informeren waardoor de cliënt het vertrouwen heeft dat haar belang centraal staat.

Competenties

Het (continue) begeleiden van de cliënt tijdens de baring vraagt een aantal competenties waarover niet elke kraamverzorgende en/of O&G-verpleegkundige zal beschikken. Hiervoor dient aanvullende scholing te worden georganiseerd. Voorbeelden hiervan zijn te vinden bij diverse initiatieven m.b.t. vervroegde inzet van de kraamverzorgende.

5.6 Voorlichting

Voorlichting in het ketenaanbod bestaat naast de informatie die in de individuele contacten met de cliënt uitgewisseld wordt, uit een aanbod in groepsvoorlichting. Beide worden ondersteund door schriftelijk materiaal in de vorm van folders. Ook bij informatievoorziening in individuele contacten geldt eenduidigheid en uniformiteit zoals die bij groepsvoorlichting al vanzelfsprekend is. Voorlichting dient bij te dragen aan een reëel verwachtingspatroon van de cliënt en besteed aandacht aan de capaciteiten en mogelijkheden van de zwangere om het voor zichzelf goed te organiseren.

Groepsvoorlichting

De inhoud van de groepsvoorlichting en cursussen wordt op elkaar afgestemd zodat vrouwen eenduidig worden geïnformeerd en de ketenpartners hun samenwerking middels het aanbod uitstralen.

Het betrekken van de voorlichting van kraamzorgorganisaties verdient vooralsnog extra aandacht. Daarnaast is het van belang het voorlichtingsaanbod van andere organisaties, zoals thuiszorgorganisaties en GGD's, mee te nemen in de afstemming van het voorlichtingsaanbod.

Alle zwangeren wordt gedurende de pre- en postnatale periode een doorlopend en qua inhoud op elkaar aansluitend voorlichtingsaanbod geboden.

Dit aanbod bestaat uit:

- Na de intake bij de verloskundige zorgverlener; een groepsvoorlichtingsbijeenkomst. Besproken worden algemene onderwerpen als voedings- en leefstijladviezen, zwangerschapsgemakken, seksualiteit tijdens de zwangerschap, het belang van kraamzorg en het belang van het volgen van een zwangerschapscursus. Partners worden ook uitgenodigd.
- Vanaf 26 weken zwangerschap wordt met klem geadviseerd een zwangerschapscursus te volgen. Hierbij wordt gewezen op het aanbod van zwangerschapscursussen in de regio.
- Later in de zwangerschap (bij voorkeur 26-30 weken): de tweede groepsvoorlichtingsbijeenkomst voor de zwangere en haar partner. Hierbij wordt voorlichting gegeven over de bevalling en de kraambedperiode.
- Postpartum wordt aangesloten met een cursus voor net na de geboorte en een cursus in het eerste jaar.

Voor vrouwen die geen of onvoldoende Nederlands spreken organiseert en geeft een VETC-er⁶ de groepsvoorlichting aan het begin en het einde van de zwangerschap. Een verloskundige (eerste- of tweedelijns) is hierbij aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden.

Aanvullend kan naar bijeenkomsten worden doorverwezen zoals borstvoedingsinformatieavonden, de cursus 'Blijde moeders, Blijde baby's' en de cursus 'Leer je baby kennen' of een vergelijkbare cursus.

⁶ VETC staat voor Voorlichter in Eigen Taal en Cultuur

Organisatie en inzet verloskundig zorgverleners en kraamzorgorganisaties

De groepsvoorlichting aan het begin van de zwangerschap wordt tweewekelijks georganiseerd, de groepsvoorlichting aan het einde van de zwangerschap maandelijks.

Keuzes die gemaakt moeten worden:

- Clusteren van praktijken om de voorlichting te geven.
- Een locatie in de wijk of juist centraal in het ziekenhuis
- Voorlichting door de verloskundig zorgverleners uit de praktijken zelf of een pool vormen van geïnteresseerde verloskundigen (eerste- of tweedelijns) om de voorlichting te geven eventueel aangevuld met mensen vanuit de kraamzorgorganisaties.

Er wordt gebruik gemaakt van een standaard Powerpoint presentatie die leidraad is voor de bijeenkomst. De inhoud van deze presentatie is afgestemd met alle ketenpartners en deskundigen (bijvoorbeeld een diëtist).

Inschrijvingen zullen via de praktijk van de verloskundig zorgverlener (eerste- en tweedelijns) verlopen. Dit is laagdrempelig voor cliënten en zo heeft de praktijk meteen zicht op wie er komen. Regionaal kunnen hierin andere keuzes gemaakt worden.

In het dossier wordt bijgehouden of iemand naar de voorlichting is geweest. In principe zijn de groepsvoorlichtingen beperkt facultatief. Er wordt uitgedragen dat naast de individuele consulten, het groepsaanbod deel uitmaakt van de geboden prenatale zorg. Een uitzondering hierop is de vroege groepsvoorlichting. Voor zwangere vrouwen, met minimaal hun tweede zwangerschap, is een keuze hierin van belang. Is de informatie reeds bekend, dan heeft deze vroege voorlichting geen toegevoegde waarde. Voor laag opgeleiden is deze vroege voorlichting wel van belang. Het valt te overwegen de voorlichting vorm te geven gericht op specifieke doelgroepen. De basisvoorlichting blijft hierin steeds dezelfde en is onderling afgestemd. Er wordt gezorgd voor wisselende locaties en tijdstippen om de cliënt de mogelijkheid te bieden om een bijeenkomst bij te wonen.

Foldermateriaal

Binnen het samenwerkingsverband wordt in aanvang, gebruik gemaakt van het bestaande foldermateriaal. Er wordt een overzicht gemaakt van het materiaal dat in gebruik is. Hierbij wordt aangegeven of het materiaal past bij de inhoud van de informatie die wordt gegeven tijdens de groepsbijeenkomst of het individuele consult. Knelpunten worden vastgesteld en gezamenlijke keuzes worden gemaakt.

Het streven is uiteindelijk een eenduidig en gezamenlijk aanbod te hebben van foldermateriaal.

5.7 Dossiervorming

In een keten van zorg is een direct toegankelijk dossier essentieel voor het uitwisselen van informatie tussen zorgverleners. Noodzakelijk is een webbased dossier zoals ook verwoord in het rapport 'Een goed begin', het zogenaamde Perinataal Webbased Dossier. Een dergelijk programma is er nu nog niet.

In Duitsland is in 1968 het begrip 'Mutterpass' ontstaan voortvloeiend uit de acties die ondernomen werden na de ontdekking, dat Duitsland op Griekenland na de hoogste perinatale sterfte in Europa had. Een Mutterpass is een persoonlijk dossier, dat een patiënte steeds bij zich draagt. Het is een boekje in formaat DIN A6.

Op de website http://www.mutterpass.de/go/mutterpass/home/mutterpass_infos.xhtml zijn de bladzijden te zien. Er zijn in Duitsland wettelijke verplichtingen gekoppeld voor de betrokken zorgverleners.

De inhoud is vergelijkbaar met de verschillende dossiers en zwangerschapskaarten die in Nederland door verloskundigen en gynaecologen worden gebruikt.

Het model-dossier

De verslaglegging moet gewaarborgd zijn en geschieden volgens de normen van de beroepsgroepen. In het dossier moeten zijn opgenomen:

- Medische gegevens;
- (Psycho)sociale gegevens;
- Prenatale controles;
- Samenvatting zorg- en geboorteplan;
- Overdrachtsmomenten;
- Naam en gegevens casemanager;
- Kraamdossier;
- Adviezen.

Bekend zijn natuurlijk de elementen: medische gegevens en prenatale controles.

Nieuw zijn de namen en taken van de casemanager, de elementen van het zorg- en geboorteplan en het kraamdossier. Al deze taken vereisen een eenduidige verslaglegging aan de hand van een checklist en een duidelijke herkenbare plek in het dossier.

Zolang er geen gezamenlijk dossier is

Iedere zorgverlener werkt met een eigen dossier waarin een minimale vastgestelde set medische en anamnestiche informatie wordt vastgelegd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van het zorg- en geboorteplan. Dit is informatie die te allen tijde opvraagbaar en actueel is nadat de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming wordt bij de intake gevraagd voor de onderlinge uitwisseling van gegevens binnen het samenwerkingsverband.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen implementatie 2MoVe))

Het proces van implementatie is het belangrijkste voor het model 2MoVe)). Elk organisatie-model is gedoemd te mislukken als zorgaanbieders niet zelf het model omarmen.

Deze belangrijkste conclusie en de ervaringen opgedaan tijdens de ontwikkeling van het model, de opzet en uitvoering van de pilot leiden tot de volgende aanbevelingen voor implementatie van het model 2MoVe)).

6.1 Aanbevelingen

- Voor draagvlak en vertrouwen dient bij verdere implementatie eerst aandacht besteed te worden aan de pijler het VSV-Plus en het vormgeven van de VRG. Een VSV-Plus ontwikkelt een eigen visie en richt vanuit die gedragen visie de zorg in zoals in de pijler 'De cliënt centraal'.
- Gezamenlijk de cliënt centraal te stellen is een nieuwe cultuur. Creëer hiervoor een gevoel van urgentie en besteed aandacht en tijd aan deze organisatie verandering.
De menselijke factor blijkt steeds weer de belangrijkste. De cliënt centraal vereist een denkpatroon waarin richting cliënt gezamenlijk wordt opgetreden als één aanbieder van zorg.
- Het bieden van zorg op maat vraagt nieuwe vaardigheden en een nieuw bewustzijn van de zorgprofessional. Overweeg intervisie in te zetten als hulpmiddel.
- Vooralsnog is het goed bewust te zijn van de aanvullende rol die de kraamzorgorganisaties in het zorgproces kunnen vervullen.
- Besteed aandacht aan de verbinding tussen eerstelijns en klinisch verloskundige in het algemeen en voor het casemanagement in het bijzonder.
- Neem in het proces de (integrale) financiering van de zorgverlening direct mee. Dit kan werken als katalysator. De financiering volgt daarbij de inhoud.
- Implementeer de veranderingen voor de hele groep van zwangeren.
- Besteed bij de keuze van een geaccepteerde vertegenwoordiger in de VRG aandacht aan de organisatie van de achterban. Overweeg of het wenselijk is dat deze zich eveneens organiseert. Een voorbeeld is een bestuurslid van een coöperatie van verloskundigen dat deelneemt in de VRG namens de achterban. Dezelfde vraag geldt voor kraamzorgorganisaties.
- Het model 2MoVe)) is tot stand gekomen in een sterk bewegende omgeving. Beschouw het model daarom als een groeimodel. Regionale omstandigheden, landelijke ontwikkelingen en opgedane ervaringen⁷ bepalen de richting van deze groei. De basisfilosofie die hiermee is ingezet zal in welke nieuwe organisatie dan ook zijn vruchten afwerpen.
- Wijs een procesbegeleider aan. Dit kan iemand zijn uit eigen geledingen of (tijdelijk) van extern.
- Betrek de cliënt op tijd in het proces. Besteed bijzondere aandacht aan de eigen rol van de cliënt in het VSV-Plus. Zij kan niet wachten tot interne bestuurlijke processen allemaal op orde zijn en heeft mogelijk inbreng die van toegevoegde waarde is.

⁷ Er vinden in het hele land diverse experimenten en onderzoeken plaats (zoals Deliver studie) die mogelijk verder richting geven aan de ontwikkeling van de organisatie van de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

- Heb geduld om effecten te willen meten. Werken volgens 2MoVe)) in de hele cliëntenpopulatie en tijd om de vaardigheden met de diverse instrumenten aan te leren is noodzakelijk om het daadwerkelijke effect te kunnen meten.
- In aansluiting op de geformuleerde zorg volgens 2MoVe)) zijn belangrijke punten om gaandeweg verder uit te werken;
 - de zorg voor de partner en de sociale omgeving van de cliënt,
 - de bijdrage van de huisarts in de verloskundige zorg aan de zwangere,
 - preconceptiezorg in brede zin,
 - de verbinding met de JGZ, de bijdrage van kinderartsen en derdelijnszorg.

6.2 Randvoorwaarden

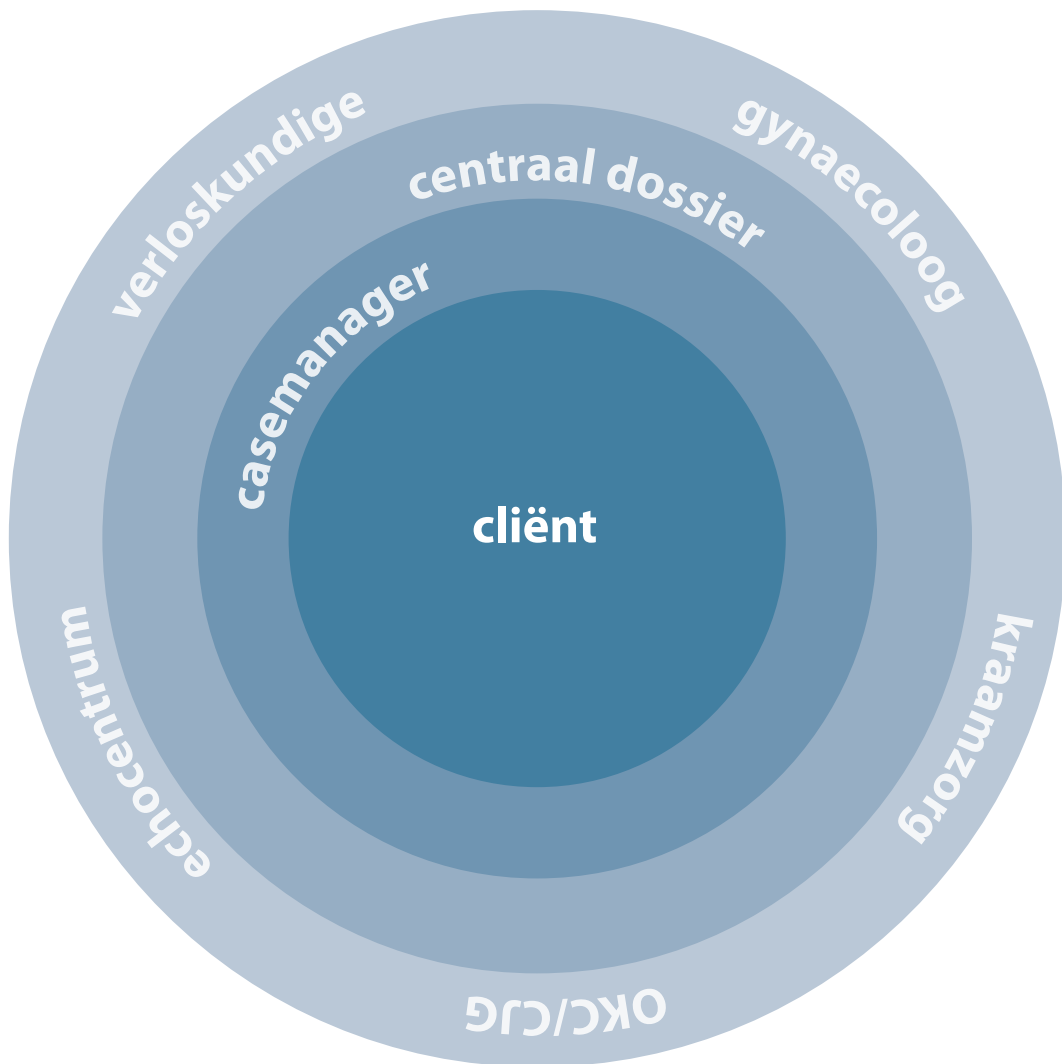
Voor de implementatie van het model 2MoVe)) gelden als randvoorwaarden:

- Kennis en wetenschap hebben van de wensen van cliënten of bereid zijn deze kennis op te bouwen door hier tijd in te investeren en aandacht voor te hebben.
- De overtuiging dat samenhangende zorg bijdraagt aan het welbevinden van de cliënt en de uitkomsten van zorg.
- (Beginnend) vertrouwen tussen zorgaanbieders onderling.
- Een gemeenschappelijke wens een samenhangend zorgaanbod te willen leveren aan de cliënt.
- Bereid zijn een gezamenlijke visie te ontwikkelen op samenwerken en hetgeen verstaan wordt onder 'de cliënt centraal zetten' in het zorgproces volgens 2MoVe)).
- Weloverwogen kiezen van VRG leden en VSV-Plus bestuursleden.
- Duidelijke uitwerking van de mandatering van de VRG-leden en VSV-Plus bestuursleden.
- Heldere communicatie richting cliënt over de verwachtingen die zij kan hebben van de casemanager.

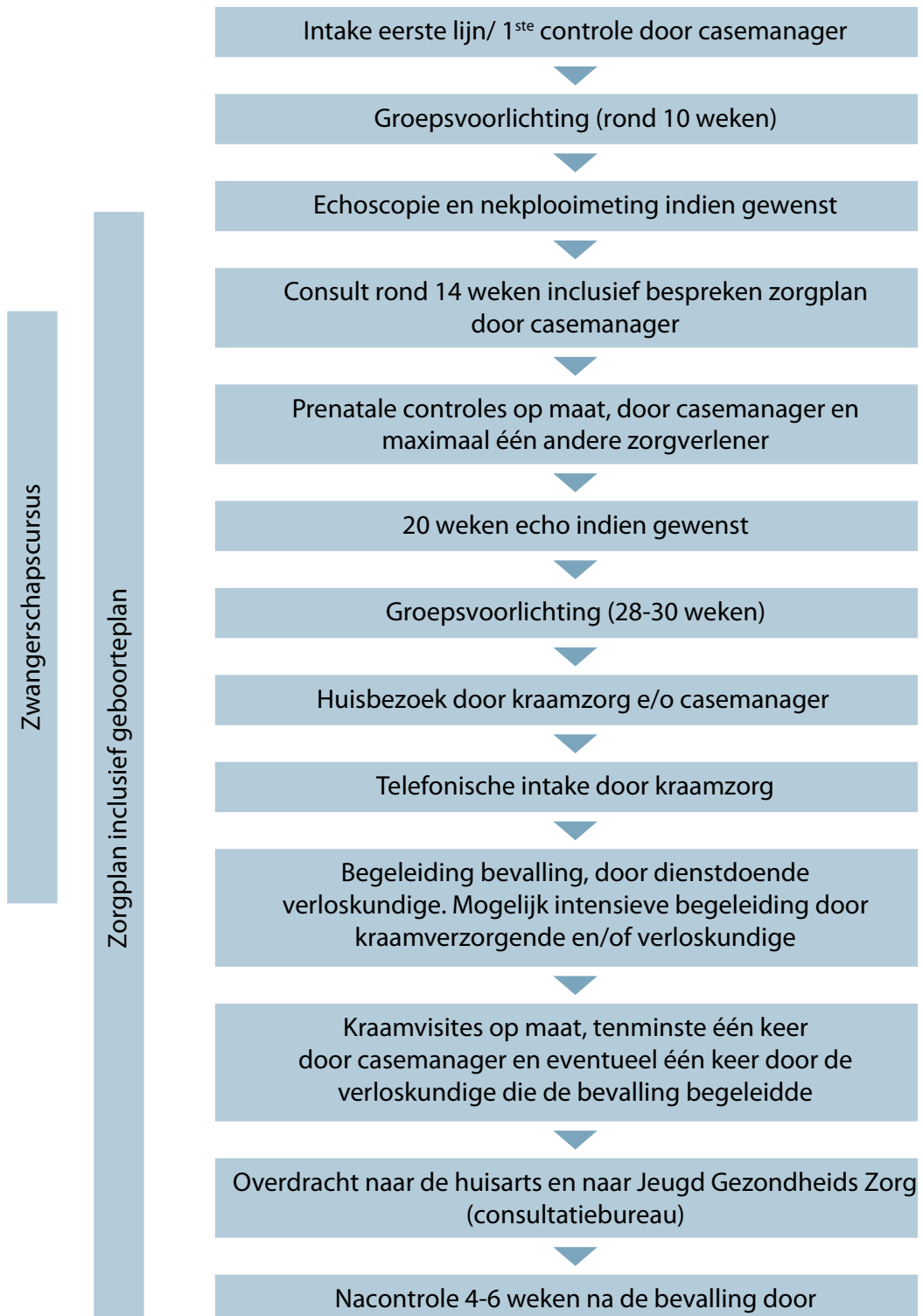
Bijlage 1 Visuele weergave Project 2Move))

De oude en de nieuwe situatie

cliënt				
echocentrum	verloskundige	gynaecoloog	kraamzorg	OKC/CJG



Bijlage 2 Zorgpad



Bijlage 3 Criteria voor het model

Uit Projectplan 2MoVe):

Criteria voor het model

Voor het model zijn mede naar aanleiding van het rapport 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, door het projectteam criteria opgesteld.

Het model:

- is een onderscheidend organisatorisch model,
- beschrijft de organisatie waarvan de invulling per regio op kleine onderdelen kan verschillen,
- biedt sturingsmogelijkheden,
- biedt integrale zorg: zorg gericht op de individuele behoeften van de cliënt, waarbij diverse professionals hun activiteiten zo afstemmen dat er een samenhangend aanbod voor de cliënt is,
- gaat uit van regie bij de verloskundige en gynaecoloog voor het geheel van geboden zorg,
- definieert taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken ketenpartners (ook bijv. de kraamzorg),
- biedt geformaliseerde afspraken waaraan zorgverleners zich committeren,
- in niet in strijd met de Mededingingswet,
- biedt keuzemogelijkheden voor de cliënt,
- garandeert minimaal zorg volgens een afgesproken standaard en kwaliteit,
- biedt eenduidigheid in beleid en voorlichting,
- is geformuleerd in termen van mogelijkheden in plaats van bedreigingen,
- maakt waar mogelijk gebruik van bestaande protocollen,
- zet de specifieke kwaliteiten van de zorgverlener optimaal in.

De werkwijze in het project is erop gericht het ontwikkelde model in een pilot van 90 zwangeren te kunnen uitvoeren.

Bijlage 4 Samenstelling projectteam en werkgroepen

Projectteam

Jolande IJsseldijk, projectleider 2MoVe))	Verloskundige en projectmanager STBN
Millicent Willems, projectsecretaris 2MoVe))	Projectmanager a.i. STBN
Anne Annegarn	Senioradviseur 1ste Lijn Amsterdam
Frans Annot	Directeur STBN
Reinhard Maas	Gynaecoloog St. Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam
Stefan zum Vörde sive Vörding	Verloskundige en directeur Verloskunde centrum west Amsterdam

Werkgroep ontwikkeling model

Frans Annot, voorzitter werkgroep en lid projectteam	Directeur STBN
Stefan zum Vörde sive Vörding, lid projectteam	Verloskundige en directeur Verloskunde centrum west
Anne Bäertsch	Verloskundige Verloskundigenpraktijk Waddinxveen, bestuurslid In Zwang Gouda
Joke Bal	Verloskundige verloskundigenpraktijk Aan de Laak, Hoevelaken
Eelko Bouma	Directeur de Baker kraamverzorging
Dorenda van Dijken	Gynaecoloog St. Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam
Ariëtte van der Feen	Verloskundige Verloskundig centrum Groei, Amsterdam
Prof. Jan van Lith	Hoogleraar Obstetrie LUMC
Margriet Weide	Beleidsmedewerker Kwaliteit KNOV

Werkgroep Protocollen inhoudelijk

Jolande IJsseldijk, voorzitter werkgroep	Projectleider 2MoVe))
Ariette van der Feen	Verloskundige Verloskundig centrum Groei, Amsterdam
Dorenda van Dijken	Gynaecoloog St. Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam
AJ van Veelen, neemt plaats Dorenda in per 1 juli	Gynaecoloog St. Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam

Werkgroep Nieuwe zorg

Jolande IJsseldijk, voorzitter werkgroep	Projectleider 2MoVe)
Anne Bäertsch	Verloskundige Verloskundigenpraktijk Waddinxveen, bestuurslid In Zwang Gouda
Joke Bal	Verloskundige verloskundigenpraktijk Aan de Laak, Hoevelaken
Eelko Bouma	Directeur de Baker kraamverzorging
Dorenda van Dijken	Gynaecoloog St. Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam
Ariëtte van der Feen	Verloskundige Verloskundig centrum Groei, Amsterdam
Sacha Frauenfelder	Klinisch verloskundige St. Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam
Margriet Weide	Beleidsmedewerker Kwaliteit KNOV

Meeleesgroep

Eenmalige schriftelijke commentaarrronde	
Marij Bontemps	Kinderarts, voorzitter Raad van Toezicht STBN, voorheen voorzitter Raad van Bestuur ziekenhuis Harderwijk
Leo Kliphuis	Directeur LVG
Koos van der Velden	Voorzitter Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
Leonie Welling	Docent Verloskunde Academie Rotterdam

Cliëntenpanel

Semra Boydas
Teresa Calore
Karin Eisinga
Nynke de Jong
Hiske Kemme
Majlis Schweitzer
Irma Stolp
Christine Versluis (deelname per mail)

Klankbordgroep

Vertegenwoordiging	1e versie	herziene versie
Praktiserend verloskundige pilotregio	Dinky Aartsen	-
Vertegenwoordiger KNOV	Peter Buisman	Margriet Weide
Praktiserend klinisch verloskundige UMCU	Rita Iedema-Kuiper	Rita Iedema-Kuiper
Praktiserend verloskundigen uit BCW	Joke Klinkert Beatrijs Smulders	Joke Klinkert Mignon van Lammeren
Vertegenwoordiger ActiZ	Marlies Buurman -	
Manager/beleidsmedewerker Naviva Kraamzorg	Anneke Dantuma	Margreet Ribbers
Huisartsen Kring Amsterdam	Bart Meijman	Bart Meijman
Praktiserend gynaecoloog SLAZ	Anne J. van Veelen	-
Vertegenwoordiger NOVG	-	Veronique van Dooren-van der Werf