

Regioplan

Oplossingen Capaciteitsproblematiek Geboortezorg Amsterdam-Amstelland

Optimale inzet van schaarse capaciteit

Auteurs: COGAA-leden

Datum: 9 juni 2022

Versie: 1.13 (na verzoek bestuurders over toevoeging schatting effecten projecten, p17-18)

Inhoud

Aanleiding.....	3
Totstandkoming van het plan.....	4
Doel regioplan	5
Randvoorwaarden en kaders	6
Oplossingen per lijn.....	7
A. Voorkomen is beter dan genezen: voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2 ^{de} lijn en substitutie van 2 ^{de} naar 1 ^{ste} lijns zorg	7
B. Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie.....	10
Optimale inzet; optimalisatie spreiding en processen	13
Relevante oplossingsrichtingen buiten de scope van dit plan	16
Geschatte effecten regioplan	17
Planning en borging regioplan.....	19
Bijlage 1 projectplannen.....	21
A. Regionaal: Voorkomen is beter dan genezen; voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2 ^{de} lijn en substitutie van 2 ^{de} lijn	22
A. Lokaal: Voorkomen is beter dan genezen; voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2 ^{de} lijn en substitutie van 2 ^{de} lijn.....	29
B. Regionaal: Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie	32
B. Lokaal: Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie.....	38
C. Regionaal: Optimale inzet; optimalisatie spreiding van processen.....	41
C. Lokaal: Optimale inzet; optimalisatie spreiding van processen	48

Aanleiding

De afdelingen verloskunde van de ziekenhuizen in Amsterdam-Amstelland kampen al enige jaren met toenemende capaciteitsproblemen, met name in de zomerperiode (Q3). Het aantal stops en weigeringen door verlosafdelingen is hoog. Heel geregeld moeten verloskundigen vier of meer keer een ziekenhuis bellen voor een beschikbare bevalplek. Ongeveer 75% van de vrouwen die de bevalling in de eerste lijn start, heeft op een moment tijdens de baring voor korte of langere tijd tweede of derdelijns zorg nodig. Gemiddeld 60% van de zwangeren bevalt uiteindelijk in het ziekenhuis binnen de VSV-regio waar de verloskundige praktijk onder valt (eigen postcodegebied). In 2018 beviel zelfs 10% van de zwangeren buiten de regio.

Er zijn verschillende oorzaken voor de capaciteitsproblemen, waaronder medicalisering van de zwangerschap en daardoor een verschuiving van de zorgvraag naar de 2^e lijn. De belangrijkste oorzaak ligt echter op het personele vlak, zo blijkt. Alle relevante functies hebben momenteel minimaal 10% onderbezetting. Het probleem is het grootste bij gespecialiseerde obstetrie-gynaecologie, neonatologie en kinderverpleegkundigen. De ziekenhuizen leidden de afgelopen jaren ook onvoldoende neonatologie, ic-neonatologie en ic-kinderverpleegkundigen op. De kans is echter reëel dat de onderbezettingspercentages verder zullen stijgen. De verwachting is dat de komende jaren het aantal bevallingen in de regio gaat stijgen en de komende zeven jaar stroomt 10-16% van de verpleegkundigen uit door pensioen (en een deel denkt aan vroegtijdig stoppen).

Er is niet één algehele, pasklare oplossing voorhanden om de beschreven capaciteitsproblematiek te reduceren. Het vergt verschillende parallelle oplossingen en intensieve samenwerking tussen de partijen die betrokken zijn bij de geboortezorg. Daartoe hebben regiobestuurders van ziekenhuizen, vertegenwoordiging vanuit de eerstelijns verloskundigen (EVAA), kraamzorgorganisaties en verzekeraars op 29 januari 2021 in een (eerste) Bestuurlijk Overleg Capaciteit Geboortezorg Amsterdam-Amstelland uitgesproken verantwoordelijkheid te willen nemen voor de krapte in de capaciteit van de geboortezorg. Zij hebben aangegeven dit zowel vanuit de eigen instelling op te pakken, maar ook in breder regionaal verband.

In opdracht van de ziekenhuisbestuurders werd, vlak voor de zomer van 2021, het operationeel Coördinerend Overleg Geboortezorg Amsterdam-Amstelland (COGAA) opgericht om te komen met een regioplan om capaciteitsproblemen binnen de geboortezorg te reduceren. Het COGAA is een multidisciplinair overleg tussen de eerstelijnsverloskundigen, kraamzorg en vertegenwoordigers verloskunde-afdelingen in de ziekenhuizen in de regio Amsterdam-Amstelland. De keuze werd gemaakt om de afdelingen neonatologie niet te betrekken in het overleg. Dit enerzijds omdat de problematiek (toen) daar minder speelde en anderzijds omdat zij ook hun eigen overlegvormen hadden.

De focus van het COGAA overleg lag gedurende de zomerperiode 2021 eerst op het verkorten van de lijnen, creëren van vertrouwen en afstemming over pragmatische dagdagelijkse oplossingen. Na de zomer is het COGAA aan de slag gegaan met fase II; een regioplan met haalbare lokale en regionale oplossingen voor de middellange termijn om de capaciteitsproblematiek binnen de verloskunde tegen te gaan. Dit plan, met gemeenschappelijk doel, kader en randvoorwaarden voor alle partners in de geboortezorg, is in dit document beschreven.

Totstandkoming van het plan

Vlak voor de zomer van 2021 is de capaciteitsproblematiek cijfermatig in kaart gebracht door de ROAZ-bureaus en de SIGRA. Dit gaf mede inzicht in de grootste knelpunten: medicalisering/verschuiving 2^e lijn, suboptimale processen/logistiek en, met name, personele tekorten. Met deze informatie is de focus van het COGAA na de zomer van 2021 verschoven naar het opstellen van een regioplan met structurele oplossingen voor de korte en middellange termijn. In het COGAA zijn daarvoor eerst de doelen en de kaders (zie volgend hoofdstuk) waarlangs de oplossingen zouden moeten liggen vastgesteld. Het capaciteitsprobleem betreft een multifactorieel probleem en vergt verschillende parallelle oplossingen en intensieve samenwerking tussen de partijen. Voor het plan was het daarom de bedoeling dat er zowel regionaal (Amsterdam-Amstelland) als lokaal (per ketenpartner) oplossingen nodig zijn om de problematiek het hoofd te bieden.

In dat kader is vervolgens onderzocht welke lokale en regionale oplossingen het meest wenselijk en haalbaar zijn voor de regio Amsterdam-Amstelland. Een eerste inventarisatie van mogelijke oplossingsrichtingen is gedaan middels een vragenlijst bij de partners in Amsterdam-Amstelland. De antwoorden op de vragen zijn vervolgens één op één besproken met degene die de lijst hebben ingevuld. Daarnaast is een inventarisatie gedaan van mogelijke oplossingsrichtingen in de rest van de regio en het land. Dit leverde een breed overzicht op van mogelijke lokale en regionale oplossingen. De overgebleven vraag was nu: wat is wenselijk en haalbaar voor de regio Amsterdam-Amstelland (wat wordt regionaal en lokaal opgepakt)?

Om deze vraag te beantwoorden hebben multidisciplinaire groepsgesprekken plaatsgevonden met iedere afdeling Verloskunde in Amsterdam-Amstelland, met de kraamzorg en met de eerstelijnsverloskundigen. Bij deze overleggen sloot naast adviseurs van het ROAZ-bureaus en SIGRA ook een vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars aan. Tijdens de groepsgesprekken werden haalbare en wenselijke oplossingsrichtingen besproken (die eerder waren verzameld), zowel voor de regio als lokaal voor iedere organisatie zelf. De besproken oplossingsrichtingen besloegen de volgende deelgebieden:

- Beter benutten van capaciteit/ betere spreiding van cliënten/patiënten
- Opleiden en behouden van personeel
- Functiedifferentiatie
- Procesoptimalisatie
- Preventie van verwijzingen van eerste naar tweede/derde lijn en substitutie van tweedelijns zorg naar de eerste lijn.

Uit deze gesprekken konden de meest haalbare en wenselijke interne/lokale oplossingsrichtingen en regionale/stadsbrede oplossingsrichtingen worden gedestilleerd. De regionale oplossingen zijn vervolgens binnen het COGAA verder geprioriteerd waarna deze door de adviseurs van het ROAZ bureau, SIGRA en zorgverzekeraar in overleg met de zorgpartners verder op A4 zijn uitgewerkt. Het idee van deze projecten was dat zij worden ondersteund en gecoördineerd door de adviseurs (in werkgroepvorm met betrokken partners). Aan de zorgpartners werd gevraagd om ook ieder zelf 2-3 lokale projecten te prioriteren en uit te werken op A4. Deze projecten moeten intern (in projectvorm met lokaal betrokken partners) worden opgepakt.

Doel regioplan

Het gezamenlijk vastgestelde primaire doel van dit regioplan is om de capaciteitsproblemen op de afdelingen verloskunde in Amsterdam-Amstelland in 2,5 jaar tijd te reduceren.

Door vergelijking met 2018 (regiobeeld 2021), wordt dit gemeten met de volgende indicatoren en subdoelen:

1. Het aantal verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn reduceren. Binnen 2,5 jaar worden 3500 (i.p.v. 2850) bevallingen in Amsterdam-Amstelland afgerond door een eerstelijns verloskundige.
2. Het aantal verwijzingen naar buiten de regio Amsterdam-Amstelland reduceren¹. Het aantal verwijzingen naar buiten de regio gaat binnen 2,5 jaar van 1000 in 2018 naar maximaal 700 in 2024/2025.
3. Het aantal weigeringen binnen Amsterdam-Amstelland verminderen. Het aantal weigeringen (per maand gemiddeld) vermindert in 2,5 jaar van 2600 in 2018 naar 2000 in 2024/2025. Hierbij wordt ingezet op een stapsgewijze reductie van 200 in het eerste jaar, 200 in het tweede jaar en 200 gedurende het derde jaar. Zowel de weigeringen binnen ziekenhuizen als die van BCW worden meegenomen. Rationale achter deze keuze is dat het aantal weigeringen in meer rustige jaren rond de 2000 lag.
4. Het percentage van de tijd dat een verloskunde-afdeling beschikbaar is verhogen (d.w.z. geen stop heeft afgekondigd). Het percentage van de tijd dat een verloskunde afdeling beschikbaar is, is na 2,5 jaar minimaal 85%. Dit gemeten per maand gemiddeld. Hiervoor zal de registratie van de tijd dat een stop is afgekondigd worden gemeten. Tot 14 maart 2022 in het Acuu Zorgportaal, daarna in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie.

Voor het plan zullen alle partijen een aantal projecten begeleiden en coördineren. ROAZ en Sigra coördineren en ondersteunen de regionale projecten (met alle betrokken partners in werkgroepvorm). Zilveren Kruis (2x) en EVAA (1x) zullen hiernaast zelf lokaal/intern ook drie projecten oppakken en coördineren (in werkgroep vorm). De adviseurs van ROAZ/SIGRA zullen bij deze projecten aanwezig zijn en meelesen.

¹ Om deze reden wordt meer capaciteit creëren in Zaans Medisch Centrum of structurele samenwerking met dit ziekenhuis niet als oplossingsrichting gezien die in dit plan past. Wel wordt tijdens piekdrukke de overlooptoefunctie van ZMC zeer gewaardeerd. Hier wordt reeds gebruik van gemaakt.

Randvoorwaarden en kaders

Het kader en randvoorwaarden waarbinnen de oplossingsrichtingen moeten vallen zijn:

- Kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de cliënt/patiënt en kind staan centraal, als ook de veiligheid van medewerkers en zorgverleners.
- Keuzevrijheid en zorg op maat moeten blijven bestaan.
- Behouden scheiding acute en niet-acute geboortezorg.
- Pijlers van oplossingen
 - A. *Voorkomen beter dan genezen* → preventie van onnodige verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn (geen onnodige medicalisering gezonde zwangerschap);
 - B. *Op formatie* → maximaal opleiden, boeien, behouden en functiedifferentiatie;
 - C. *Optimale inzet* → Schaarse capaciteit zo doelmatige mogelijk inzetten (inzicht capaciteit, optimale processen en spreiding).
- Doelmatige zorg; de kosten wegen op tegen de baten.
- Effecten van de voorgestelde oplossingen zijn meetbaar.
- We kunnen dit capaciteitsprobleem alleen samen oplossen; we werken zo aan een basis voor duurzame (integrale) samenwerking.

Daarnaast zijn gedurende de gesprekken en overleggen de volgende aanvullende randvoorwaarden uitgesproken:

- Commitment bestuurders; zij faciliteren tijd en deelname van medewerkers en middelen voor implementatie van de interne en regionale oplossingen in de verschillende projecten.
- Commitment verzekeraars; indien oplossingen worden gevonden (*evidence based*: effectiviteit al wetenschappelijk bewezen of in dit plan via pilot getoetst), spannen zij zich maximaal in om tot een adequate financiering en vergoeding van deze gedragen interne en regionale oplossingen in de projecten te komen.
- Commitment medewerkers/personeel en cliënten/patiënten: indien oplossingsrichtingen direct invloed hebben op de manier van werken en het ontvangen van zorg, moet hiervoor draagvlak zijn bij betrokkenen.
- Projecten worden gedurende hun looptijd steeds getoetst op relevantie en gestelde doelen en kaders.

Oplossingen per lijn

A. Voorkomen is beter dan genezen: voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2^{de} lijn en substitutie van 2^{de} naar 1^{ste} lijns zorg

Ongeveer 75% van de vrouwen die de bevalling in de eerste lijn start, heeft op een moment tijdens de baring voor kortere of langere tijd tweede of derdelijns zorg nodig. Als een deel van deze zwangeren niet in de tweede lijn terecht zou komen zou dat een aanzienlijke bijdrage leveren aan het oplossen van de capaciteitsproblematiek. Verantwoord zwangeren in de eerste lijn houden is daarom een essentiële oplossingspijler volgens het COGAA. De regio heeft binnen deze pijler een viertal regionale oplossingen geprioriteerd:

1. Het bieden van gelijke poliklinische faciliteiten die bijdragen aan het voorkomen van verwijzingen naar de tweede lijn, namelijk de beschikbaarheid van bevalbaden en lachgas. Deze comfort verhogende faciliteiten beogen pijnverlichtend te werken.
2. Het bieden van eerstelijns (aanvullende) pijnverlichting thuis, namelijk bevalbaden en waterinjecties, wat mogelijk ook bijdraagt aan het voorkomen van verwijzingen naar de tweede lijn. Project 1 en 2 worden gelijktijdig opgepakt als één project(structuur).
3. Het begeleiden van balloninleidingen door de eerste lijn. Deze ballon wordt in het ziekenhuis geplaatst en daarna weer door de eerste lijn begeleid, waardoor minder verwijzingen naar de tweede lijn plaatsvinden.
4. Het bieden van kleinschalige praktijkvoering in verloskundige teams voor eerstelijns cliënten om zo meer continuïteit te bieden. Dit draagt bij aan meer patiënttevredenheid en zorgt voor minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Tabel 1 regionale oplossingsrichtingen voor de lijn 'voorkomen is beter dan genezen'

REGIONAAL			
Project	Projecteigenaar	Korte omschrijving doel/interventie	Tijdslijn/periode
1. Gelijke poliklinische faciliteiten stadsbreed, nl. lachgas en bevalbaden(dit project wordt in samen met project 2 uitgevoerd door 1 werkgroep)	Ziekenhuizen/Zorgverzekeraar (ROAZ/Sigra minitoren)	Het doel is dat in 2023/2024 alle ziekenhuizen in Amsterdam dezelfde poliklinische faciliteiten hebben, zodat de druk op de tweede lijn afneemt. Doorverwijzingen vanwege pijnbestrijding en niet vorderende ontsluiting dalen.	Start per heden, eind in 2024
2. Bevalbaden (en injecties) thuis door eerstelijnsverloskundigen (dit project wordt in samen met project 2 uitgevoerd door 1 werkgroep)	EVAA/Zorgverzekeraar (ROAZ/Sigra monitoren)	Verminderen van het aantal verwijzingen durante partu t.b.v. pijnstilling en NVO door inzet van bevalbaden en waterinjecties thuis. Doorverwijzingen vanwege pijnbestrijding en niet vorderende ontsluiting dalen. Door project 1 en 2 kunnen naar verwachting 300 meer zwangeren in de eerste lijn blijven.	Start per heden, eind in 2024
3. Balloninleiding eerste lijn	ROAZ	Het aantal inleidingen in de ziekenhuizen in Amsterdam-Amstelland reduceren met 10-15% door de inzet van Foley/ballonkatheters in de eerste lijn. We verwachten dat we 200 bevallingen per jaar minder in ziekenhuizen hoeven plaats te vinden door dit project.	Start Q4 2022- eind in 2024.
4. Kleinschalige praktijkvoering in verloskundige teams voor 1e lijns cliënten om zo meer continuïteit te bieden.	EVAA	Dit draagt bij aan meer patiënt tevredenheid en zorgt voor preventie/minder verwijzingen bij pilotpraktijken. We verwachten dat door het project mogelijk 250 bevallingen meer in de eerste lijn worden uitgevoerd.	Start Q2 2022 evaluatie jan 2024

Door OLVG zijn er binnen deze pijler verder een tweetal lokale oplossingen geprioriteerd:

1. Het OLVG zet in op het vrijmaken van zoveel mogelijk tweedelijns kraamzorg bedden door het onderzoeken of een midwife led kraamzorghotel mogelijk kan worden gemaakt.
2. Het OLVG zet verder in op het vrijhouden van tweedelijns capaciteit door het goed triëren van spoedconsulten, een duidelijke flowchart voor de patiëntenstromen binnen de verloskundige zorg en het maken van aanvullende afspraken met verwijzers.

Tabel 2 lokale oplossingsrichtingen voor de lijn 'voorkomen is beter dan genezen'

LOKAAL			
Project	Projecteigenaar	Korte omschrijving doel/interventie	Tijdslijn/periode
1. Medisch kraamzorghotel	OLVG/BCW	In OLVG wordt nu veel laag tot midden complexe zorg aan moeder en kind geleverd wat buiten de bevalcentra of zelfs buiten OLVG kan plaatsvinden. Kraamzorghotel met BCW is mogelijk een optie. Met alle partijen wordt onderzocht wat beste optie is. We verwachten dat OLVG/BCW 150 bevallingen per jaar meer kan uitvoeren door dit project.	Per 1 januari 2023 is de haalbaarheid van een medisch kraamhotel voor OLVG duidelijk en ligt er een plan klaar om deze op te richten.
2.Triage spoedpoli en short care verloskunde	OLVG	Per 1 juli 2022 is het aantal onterechte consulten op de spoedpoli verloskunde gehalveerd naar ongeveer 50 consulten per maand en per 1 december 2022 zijn dit nog maar 10 consulten per maand. Dit wordt bereikt door inzet van een verbeterd triageprotocol, een flow-chart voor de patiëntenstromen van de spoedpoli en afspraken met de verwijzers. We verwachten dat OLVG (ziekenhuizen) 75 bevallingen per jaar meer kan uitvoeren door dit project.	Start per direct tot 1 december 2022

B. Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie

Het tekort aan gespecialiseerde O&G- en neonatologieverpleegkundigen is in essentie de meest belemmerende factor voor het op peil houden van de capaciteit van de geboortezorg binnen Amsterdam-Amstelland. De regio heeft binnen de pijler op formatie een vijftal regionale oplossingen geprioriteerd:

1. Elke verloskunde en neonatologie- afdeling van de regio spant zich in tenminste maximaal O&G en (IC) NEO verpleegkundigen op te leiden bij voorkeur zelfs bovenformatief (voor tekorten per opleiding zie A4 op blz. 32-33). ZONN maakt in dat kader met Sigra ramingen over de opleidingsinspanning die ieder ziekenhuis moet leveren. Op dit moment is de gap tussen het instroomadvies en het daadwerkelijke aantal opgeleide verpleegkundigen voor alle opleidingen negatief: O&G verpleegkundige: -1, Kinderverpleegkundige: -11,3, IC-kinderverpleegkundige: -16, IC-neonatologie: -7,6. Mochten ziekenhuizen boven deze inspanning nog extra kunnen opleiden, zou dat op termijn extra capaciteit (operationele verloskamers/bedden) kunnen opleveren.
- 2-4. Het creëren van stadsbrede pools van eerstelijns kraamverzorgenden die op afroep kunnen inspringen, kan ook bijdragen aan het tekort aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Het betreft hier dan assistentie bij poliklinische en/of klinische bevallingen of klinische kraamzorg. Voor de laatste twee geldt dat haalbaarheid met betrekking tot bijscholing nader onderzocht zal worden, alsmede het draagvlak onder kraamverzorgenden in de stad. Projecten 2-4 worden opgepakt als één project.
5. Het inzetten van verloskundigen in opleiding als obstetrisch ondersteuner. Zij kunnen allerlei hand en spandiensten verrichten en her en der direct ervaring opdoen met hun toekomstige patiëntenpopulatie en werkzaamheden.

Tabel 3 regionale oplossingsrichtingen voor de lijn 'op formatie'

REGIONAAL			
Project	Projecteigenaar	Korte omschrijving doel/oplossing	Tijdslijn/periode
1.(Maximaal/ bovenformatief) opleiden van O&G en neonatologie verpleegkundigen	Sigra / ZONN	Door maximaal op te leiden (of zelfs bovenformatief) wordt de instroom van verpleegkundigen geborgd. Als ziekenhuizen in totaal 6 extra verpleegkundigen opleiden (1 per ziekenhuis) betekent dat bijv. 2 extra operationele kamers/bedden. Schatting is dat op termijn dan 350 extra bevallingen per jaar kunnen worden gefaciliteerd door ziekenhuizen.	2022-2024

2. Regionale partuspool kraamverzorgenden voor poliklinische bevallingen	ROAZ	De verloskunde afdelingen hebben onvoldoende personele capaciteit, een regionale partuspool van kraamverzorgende om te assisteren bij poliklinische bevallingen kan een stijging van 10% geven. We verwachten dat door de inzet van pools van kraamverzorgenden (project 2 + 3 + 4) op jaarbasis 350 bevallingen extra plaats kunnen vinden in de eerste lijn (de inzet partuspool poliklinisch , klinische bevallingen). <i>Voorwaarde is dat ziekenhuizen hier ook extra poliklinische ruimte voor creëren (plaatsgarantie).</i>	Q3 2022 Evaluatie Q4 2022
3.Regionale partuspool kraamverzorgenden voor klinische bevallingen	ROAZ	De regionale partuspool kan met bijgeschoolde kraamverzorgende assisteren bij klinische bevallingen, een stijging van 10% in de 2 ^e lijn (2024). Voor het geschatte effect project 2+3+4: zie project 2 de regionale partus pool.	2023-2025 Na prioriteren inzet partuspool
4.Regionale klinische kraamzorgpool	ROAZ	De regionale kraamzorgpool kan met bijgeschoolde kraamverzorgende de (gezonde) kraamvrouw en neonat verzorgen inzetbaar Voor het geschatte effect van project 2+3+4: zie project 2 de regionale partus pool.	2023-2025
5.Inzet Verloskundigen in Opleiding als ondersteuner	Sigra	Inzet van verloskundigen in opleiding als obstetrisch ondersteuner ter ondersteuning van de O&G verpleegkundigen en klinisch verpleegkundigen. Met als doel het	Q1 2022 - Q4 2023

bevorderingen van de kwaliteit van zorg, Met als gevolg het bevorderen van de kwaliteit van zorg, het verlagen van de werkdruk en voorkomen van uitval. Hierdoor worden weigeringen voorkomen. Door de pilot verwacht het OLVG 75 bevallingen extra per jaar te kunnen doen.

Er zijn binnen deze pijler verder een tweetal lokale oplossingen geprioriteerd (OLVG, Ziekenhuis Amstelland):

1. Ziekenhuis Amstelland wil 24/7 inzet van professionele schoonmakers om gespecialiseerde verpleegkundigen te ontlasten en zo meer capaciteit te creëren voor bevallingen. Ziekenhuis Amstelland gaat onderzoeken of en hoe deze investering de verpleegkundigen ontlast.
2. De inzet van kraamverzorgenden voor optimale opnamecapaciteit en doorstroom op de afdeling verloskunde en kraamafdeling in Amsterdam UMC.

Tabel 4 lokale oplossingsrichtingen voor de lijn 'op formatie'

LOKAAL			
Project	Locatie / projecteigenaar	Korte omschrijving doel/interventie	Tijdslijn/ periode
1. Ondersteuning door 24/7 schoonmaak	Ziekenhuis Amstelland	De verloskamers worden van 's morgens vroeg tot 's avonds laat schoongemaakt door de HAGO. Hierdoor worden de obstetrie verpleegkundigen ontlast in hun taken en is de kans groter dat er minder weigeringen zullen zijn, doordat er op tijd een schone verloskamer beschikbaar is. We verwachten dat de weigeringen door het ontbreken van een (schone)beschikbare verloskamer niet meer voorkomt. O.b.v. 14 u tijdswinst voor O&G verpleegkundigen per week schatten 100 bevallingen extra per jaar mogelijk moet zijn.	Start per direct. Evaluatie in april.
2. Optimale inzet kraamverzorgenden	Amsterdam UMC	Optimale opnamecapaciteit en doorstroom op de afdeling verloskunde en kraamafdeling door inzet van kraamverzorgenden. AUMC verwacht op jaarbasis 10-25 meer poliklinische bevallingen te kunnen faciliteren.	Per direct

Optimale inzet; optimalisatie spreiding en processen

De regio heeft binnen de pijler optimale inzet (spreiding en processen) een viertal regionale oplossingen geprioriteerd:

1. Het project 'inzicht in aantallen' a terme probeert vroegtijdig inzicht te verschaffen in welke weken de pieken er pieken in het aanbod zullen zijn. Wekelijks, met name in de zomer kunnen er nogal wat fluctuaties zijn in het aantal bevallingen dat plaatsvindt. Met dit inzicht kunnen verlosafdelingen hun roosters beter plannen, bijv. door rekening te houden met vakantieverlof of tijdig inhuren van extern personeel.
2. De inzet van een stadsbrede ontslagprocedure helpt met een snellere uitstroom van ziekenhuis naar huis. Door de uitstroom te bevorderen komt er aan de instroomkant juist sneller een verloskamer vrij.
3. Het creëren van een extra poliklinische bevalplek per ziekenhuis zorgt ervoor dat er minder bevallingen in 2^e lijn zouden plaatsvinden. Dit project is al gestart en behoefte nu met name evaluatie en borging.
4. De inzet van telemonitoring in hoog risicozwangerschappen waarmee de arts op afstand de gezondheid van moeder en kind in de gaten kan houden. Het gaat bijv. om apparatuur om bloeddruk, hartslag en temperatuur (moeder) te meten en om CTG's (hartfilmpjes) van de baby te maken. Op deze manier wordt het poliklinische bezoek en/of ziekenhuisopname omgezet in een thuisopname/online bezoek. Daarmee komt er weer meer capaciteit vrij voor bevallingen op de verloskamers.

Tabel 5 regionale oplossingsrichtingen voor de lijn 'optimale inzet van middelen'

REGIONAAL			
Projecten	Projecteigenaar	Korte omschrijving doel/oplossing	Tijdslijn/periode
1. Voorspellen van pieken in geboortes op basis van aantallen a terme	ROAZ	Elke vier weken wordt aan alle eerstelijnspraktijken in de regio gevraagd hun aantallen a terme door te geven over een periode van 4 weken. Zo ontstaat inzicht in trends en kunnen mogelijk tijdig oplossingen gevonden worden in geval een piek dreigt te ontstaan. Dit project heeft een effect op het aantal bevallingen dat kan worden uitgevoerd in 1 ^e of 2 ^e lijn. Door beter inzicht verwachten we echter wel dat de ziekenhuizen hierdoor in totaal ongeveer 100 per keer per jaar minder hoeven weigeren.	Februari 2022 – juli 2022. Bij gebleken succes; verlenging
2. Stadsbrede ontslagprocedure kraamvrouw	ROAZ	Een snelle uitstroom vanuit het ziekenhuis naar huis is van belang om de in- en doorstroom in het ziekenhuis te verhogen. Bij ontslag van de kraamvrouw en de neonat is binnen en buiten de daguren is een	Q3 2023

		zorgvraag/ indicatie nodig, onvoldoende (tijdige)afstemming met kraamzorgbureaus vermoeilijkt ontslag met de juiste zorg. We verwachten een verwaarloosbare- beperkte capaciteitswinst	
3.Poliklinische bevalplek zonder plaatsgarantie	ROAZ	Dit project is vorig jaar zomer al gerealiseerd en heeft nu evaluatie en zo nodig borging en bekrachtiging. We verwachten dat de 1 ^e lijn 25 extra poliklinische bevallingen op jaarbasis in de regio A-A kan uitvoeren	Q3 2021- Q2 2024
4.Telemonitoring van zwangeren in de tweede lijn	ROAZ	Het aantal poliklinische bezoeken of opnamedagen (afh. van de indicatie) reduceren in de ziekenhuizen in Amsterdam Amstelland door de inzet van tele-monitoring bij aantal indicaties. We verwachten dat ziekenhuizen samen jaarlijks 250 bevallingen meer kunnen uitvoeren door dit project.	Q2 2022 – Q2 2024.

Er zijn binnen deze pijler verder een vijftal lokale oplossingen geprioriteerd (Amsterdam UMC 1x, BovenIJ 3x en Ziekenhuis Amstelland 1x):

1. De inzet van fototherapie bij een pasgeborene met een gezonde kraamvrouw op de kraamafdeling in Amsterdam UMC kan d.m.v. gebruik van een bilicocoon thuis plaatsvinden, waardoor er meer opnamecapaciteit wordt gerealiseerd op de kraamafdeling.
2. Door het bieden van 24/7 epiduraal kan de interne capaciteit in BovenIJ meer optimaal worden benut.
3. De optimalisatie van verschillende processen in BovenIJ om de opnameduur postpartum te bevorderen, namelijk de inzet fast-track sectio's, observatieduur na poliklinische bevalling standaardiseren, observatieduur meconium houdend vruchtwater en SSRI gebruik verkorten, evalueren glucose protocol en stabiele neonaten met sondevoeding ontslaan.
4. Het verplaatsen van consulten van verloskamers naar kraamsuites in BovenIJ, waardoor verloskamers meer optimaal beschikbaar zijn.
5. De inzet van fast-track sectio's in Ziekenhuis Amstelland, waardoor moeders al 24 uur na sectio met ontslag kunnen. Dit bevordert de doorstroming naar de verloskamers en afdeling.

Tabel 6 lokale oplossingsrichtingen voor de lijn 'optimale inzet van middelen'

LOKAAL			
Project	Projecteigenaar	Korte omschrijving doel/interventie	Tijdslijn/periode
1. Inzet bilicocoon	Amsterdam UMC/VSV	Fototherapie bij een pasgeborene met een gezonde kraamvrouw op de kraamafdeling kan d.m.v. gebruik van een bilicocoon thuis plaatsvinden, waardoor er meer opnamecapaciteit wordt gerealiseerd op de kraamafdeling. De verwachting is dat AUMC bij voldoende personele capaciteit 50 partussen op jaarbasis extra aan zal kunnen.	Start per 1 juni 2022
2. Optimalisering honorering epiduraal verzoeken	BovenIJ	Het optimaal benutten van interne capaciteit door verkrijgen 24/7 epiduraal. De verwachting is dat BovenIJ bij voldoende personele capaciteit op jaarbasis 150 - 200 partussen extra aan kan.	In maart pilot, vanaf april implementeren
3. Optimaliseren verschillende processen om opnameduur post partum te verkorten	BovenIJ	Opnameduur verkorten door: fast track sectio's, observatieduur na poliklinische bevalling standaardiseren, observatieduur meconium houdend vruchtwater en SSRI gebruik verkorten, evalueren glucose protocol en stabiele neonaten met sondevoeding ontslaan. Door dit project worden ongeveer 100 extra partussen mogelijk is de verwachting van BovenIJ.	Per direct tot komend half jaar
4. Verplaatsen consulten van verloskunde naar kraamsuites	BovenIJ	Het optimaler benutten van interne capaciteit en procedures. Specifiek: verplaatsen consulten van VK af naar de kraamsuites (waar op dit moment wel capaciteit genoeg is). Hierdoor zijn verloskamers optimaal beschikbaar. Door dit project worden ongeveer 50 extra partussen mogelijk is de verwachting.	Maart start, april definitieve implementatie
5. Fast Track Sectio	Ziekenhuis Amstelland	Door moeders 24 uur na sectio met ontslag te laten gaan is er sprake van doorstroming op de verloskamers en afdeling. Door dit project worden ongeveer 50 extra partussen mogelijk is de verwachting.	Start 1 maart '22. Doel per 1 juni '22 fast track sectio common practice

Relevante oplossingsrichtingen buiten de scope van dit plan

Verplaatste thuisbevalling

Uit de gesprekken is gebleken dat in de regio verschillende ideeën en behoeften bestaan over het model voor de verplaatste thuisbevalling, o.a. het BCW-model, een integraal model, een uitbreiding van de poliklinische capaciteit en/of een losstaand eerstelijns centrum. Dit onderwerp past in dit kader nu niet binnen dit regioplan. Omdat het wel een belangrijk onderwerp betreft, zal het parallel moeten worden besproken aan andere tafels. EVAA zal hierover in gesprek blijven met de ziekenhuizen en, in het kader van preventie en inrichting van integrale zorg in de regio, zal het ook onderwerp van gesprek zijn binnen de coalitie Jeugd en Gezin binnen Amsterdam Vitaal en Gezond.

Stadsbreed uniformeren van zorgprotocollen

Gedurende de groepsgesprekken is diverse malen door diverse partijen uitgesproken dat het efficiënter en prettiger werken zou zijn als over de VSV heen de zorgprotocollen gelijk worden getrokken. Nu worden landelijk richtlijnen nog per VSV vertaald in een voor het VSV geldend protocol. Omdat het hier met name gaat om zorginhoud in plaats van capaciteit, ziet het COGAA dit niet als een onderwerp dat binnen het COGAA moet worden opgepakt. Dit punt zal worden meegegeven aan het Netwerk Geboortezorg Noordwest wat gaat over de ROAZ-brede coördinatie van protocollen.

Stadsbrede zorgpaden ontwikkelen of aanpassen voor bepaalde indicaties

Net zoals hierboven bij de protocollen is het ontwikkelen van (stadsbrede) zorgpaden een aangelegenheid die voor een groot deel een medisch inhoudelijk discussie vergt. Om deze reden zal dit onderwerp niet binnen het COGAA worden opgepakt.

Informatie-uitwisseling tussen eerste en tweede/derde lijn; VIPP babyconnect

VIPP Babyconnect betreft de digitale gegevensuitwisseling rondom zwangerschap en geboorte tussen partners in de geboortezorg. Het betreft hier partners als jeugdgezondheidszorg, eerstelijns verloskundigen, verloskunde afdelingen, huisarts en kinderarts. De insteek van dit landelijke programma is met name dat cliënt de regie heeft over haar eigen gegevens en dat de zorg hiermee beter rondom de behoefte van de zwangere geregeld kan worden. Dit project gaat veel breder dan capaciteit en wordt voor de regio Amsterdam-Amstelland reeds in SIGRA-verband opgepakt.

Inzicht in vrije capaciteit: Landelijk Platform Zorgcoördinatie

Het landelijk platform zorgcoördinatie (LPZ) heeft een module geboortezorg waar in een overzichtelijk dashboard de vrije bedden op de afdelingen verloskunde en neonatologie kunnen per ziekenhuis kunnen worden ingezien. Deze gegevens worden rechtstreeks uit het EPD gehaald door een koppeling met het LPZ. Binnen de ROAZ regio Noord-Holland/ Flevoland wordt het LPZ Dashboard Geboortezorg reeds geïmplementeerd. Omdat dit ROAZ breed is, zal het binnen het COGAA niet primair een onderwerp zijn. Wel worden COGAA leden bij de implementatie betrokken.

Geschatte effecten regioplan

Voor dit onderdeel is samen met de COGAA-leden per project het mogelijke capaciteitseffect ingeschat op het aantal **extra** bevallingen dat ziekenhuizen en/of de eerste lijn zou kunnen faciliteren per jaar (zie uitwerking per project in tabel 7 en 8). In de huidige opstartfase van de projecten, ging het om een eerste inschatting. De schattingen per project zijn vervolgens opgeteld (tabel 7 en 8: +1450 extra bevallingen mogelijk in ziekenhuizen EN +1150 bevallingen meer gefaciliteerd in eerste lijn) en met aannames terugvertaald naar de gestelde doelstellingen in het regioplan (aannames zoals gelijk blijvend aantal bevallingen in 2024/2025 en succes alle projecten). Doelstellingen 1, 2 en 3 konden hierdoor nog iets scherper worden geformuleerd. Belangrijkste is dat wij voor doelstelling 1, 2 en 3 nu de keuze hebben gemaakt uit te gaan van absolute (veranderingen in) aantallen bevallingen in plaats van percentages. De doelstellingen lijken op onderstaande wijze haalbaar:

1. *Binnen 2,5 jaar worden 3500 (i.p.v. 2850) bevallingen in Amsterdam-Amstelland afgerond door een eerstelijns verloskundige.*
 - Op dit punt is onderscheid gemaakt tussen het aantal bevallingen welke de verloskundige kan begeleiden **binnen de regio (capaciteit)** en het aantal bevallingen welke de verloskundige **extra** kan gaan begeleiden onder haar verantwoordelijkheid (**preventie/ substitutie**).
 - Aangaande extra capaciteit schatten wij in dat de eerste lijn door het totaal aan projecten 400 poliklinische bevallingen extra kan faciliteren binnen de regio. Daarentegen is door de herziene afspraken over plaats garantie tussen OLVG en BCW en de capaciteitsproblemen binnen OLVG sprake van een sterke afname van het aantal bevallingen dat plaats kan vinden in het BCW (500 bevallingen minder). De oplossingen compenseren dit verlies grotendeels.
 - Aangaande preventie/ substitutie verwachten we op basis van de huidige projecten een toename van 750 baringen welke in de eerste lijn eindigt. Hiermee gaat het aantal 2850 bevallingen in 2018 naar 3500 bevallingen in 2024/2025 (Tabel 7 en 8: 2850 in 2018 +1150 extra door projecten -500 BCW = 3500).
 - Als we dichter willen komen bij de oorspronkelijk geformuleerde doelstelling, dan zullen er nog andere projecten in de categorie 'voorkomen is beter dan genezen' (preventie/substitutie) moeten worden ingezet in de komende jaren.
2. *Het aantal verwijzingen naar buiten de regio AA gaat binnen 2,5 jaar van 1000 in 2018 naar maximaal 700 in 2024/2025. Alleen al omdat de ziekenhuizen door de projecten 1425 bevallingen extra zouden kunnen faciliteren is deze doelstelling haalbaar.*
3. *Het aantal weigeringen (per maand gemiddeld) vermindert in 2,5 jaar van 2600 in 2018 naar 2000 in 2024/2025 (-23%). Door de verplaatste zorg en toegenomen capaciteit uit de projecten kan de druk tot 30% afnemen en lijkt deze doelstelling haalbaar. Als er echter een aanzienlijke groei blijkt in het aantal bevallingen, dan zullen waarschijnlijk nog andere lokale oplossingen moeten worden ingezet in de komende jaren.*
4. *Het percentage van de tijd dat een verloskunde afdeling beschikbaar is, is na 2,5 jaar minimaal 85%. Wij schatten dat door de verplaatste zorg en extra capaciteit vanuit de projecten de druk tot 30% kan afnemen en deze doelstelling haalbaar kan zijn. Als er echter een aanzienlijke groei blijkt in het aantal bevallingen, dan zullen ziekenhuizen nog andere oplossingen moeten inzetten de komende jaren.*

De verwachting is dat de meeste projecten succesvol zullen uitpakken, maar sommigen zullen uiteindelijk toch niet, of maar gedeeltelijk, haalbaar blijken. Gedurende de looptijd tot de planbrede evaluatie in 2024/2025 zullen er mogelijk meer lokale projecten moeten worden opgepakt, bijv. in de categorie 'voorkomen is beter dan genezen' (preventie/substitutie). Deze kunnen dan alsnog toegevoegd worden aan het regioplan.

Tabel 7 Geschatte effect regionale oplossingsrichtingen op ZKH en Eerste lijn.

Regionale projecten	Beschrijving	EFFECT ZKHen (> meer capaciteit/ bevallingen per jaar)	EFFECT 1e lijn (> capaciteit/ bevallingen jaar)
A. Voorkomen	1/2. Gelijke poliklinische faciliteiten stadsbreed, nl. lachgas en bevalbaden EN Bevalbaden en injecties thuis door eerstelijnsverloskundige		350
	3. Balloninleiding eerste lijn		200
	4. Kleinschalige praktijkvoering in verloskundige teams voor 1e lijns cliënten om zo meer continuïteit te bieden		200
B. Op formatie	1.(Maximaal/ Bovenformatief) opleiden van O&G en neonatologie verpleegkundigen	350	
	2.Regionale partuspool kraamverzorgenden voor poliklinische bevallingen		350
	3.Regionale partuspool kraamverzorgenden voor klinische bevallingen		
	4.Regionale klinische kraamzorgpool		
	5.Inzet Verloskundigen in Opleiding als ondersteuner	75	
C. Optimale inzet	1.Voorspellen van pieken in geboortes op basis van aantallen a terme		
	2.Stadsbrede ontslagprocedure kraamvrouw		
	3.Poliklinische bevalplek zonder plaatsgarantie		25
	4.Telemonitoring van zwangeren in de tweede lijn	250	
	Totaal	675	1125

Tabel 8 Geschatte effect lokale oplossingsrichtingen op ZKH en Eerste lijn.

Lokale projecten	Beschrijving	EFFECT ZKHen > meer capaciteit/ bevallingen per jaar	EFFECT 1e lijn > capaciteit/ bevallingen jaar
A. Voorkomen	1.Inzet medisch kraamzorghotel (OLVG/BCW)	150	
	2.Triage spoedpoli en short care verloskunde (OLVG)	75	
B. Op formatie	1.Ondersteuning door 24/7 schoonmaak (Amstelland)	100	
	2. Optimale inzet kraamverzorgenden (AUMC)		25
C. Optimale inzet	1.Inzet bilicocoon (AUMC)	50	
	2.Optimalisering honorering epiduraal verzoeken (BovenIJ)	175	
	3.Optimaliseren verschillende processen om opnameduur post partum	100	
	4.Verplaatsen consulten van verloskunde naar kraamsuites (BovenIJ)	50	
	5.Fast Track Sectio (Amstelland)	50	
	Totaal	750	25

Planning en borging regioplan

Hieronder een overzicht van de planning van de 13 geprioriteerde regionale oplossingen/projecten (projectcoördinatie door ROAZ, SIGRA en/of Zilveren Kruis):

Regionale projecten	Beschrijving	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022	Q1 2023	Q2 2023	Q3 2023	Q4 2023	Q1 2024	Q2 2024
A. Voorkomen	1. Gelijke poliklinische faciliteiten stadsbreed, nl. lachgas en bevalbaden										
	2. Bevalbaden en injecties thuis door eerstelijnsverloskundigen										
	3. Balloninleiding eerste lijn										
	4. Kleinschalige praktijkvoering in verloskundige teams voor 1e lijns cliënten om zo meer continuïteit te bieden										
B. Op formatie	1.(Maximaal/ Bovenformatief) opleiden van O&G en neonatologie verpleegkundigen										
	2.Regionale partuspool kraamverzorgenden voor poliklinische bevallingen										
	3.Regionale partuspool kraamverzorgenden voor klinische bevallingen										
	4.Regionale klinische kraamzorgpool										
	5.Inzet Verloskundigen in Opleiding als ondersteuner										
C. Optimale inzet	1.Voorspellen van pieken in geboortes op basis van aantallen a terme										
	2.Stadsbrede ontslagprocedure kraamvrouw										
	3.Poliklinische bevalplek zonder plaatsgarantie										
	4.Telemonitoring van zwangeren in de tweede lijn										

Onderstaande een overzicht van de planning van de 9 geprioriteerde lokale oplossingen/projecten (projectcoördinatie door organisaties zelf):

Lokale projecten	Beschrijving	Q1 2022	Q2 2022	Q3 2022	Q4 2022	Q1 2023	Q2 2023	Q3 2023	Q4 2023	Q1 2024	Q2 2024
A. Voorkomen	1. Medisch Kraamhotel (OLVG)										
	2. Triage spoedpoli en short care verloskunde (OLVG)										
B. Op formatie	1. Ondersteuning door 24/7 schoonmaak (Amstelland)										
	2. Optimale inzet kraamverzorgenden (AUMC)										
C. Optimale inzet	1. Inzet bilicocoon (AUMC)										
	2. Optimalisering honorering epiduraal verzoeken (BovenIJ)										
	3. Optimaliseren verschillende processen om opnameduur post partum te verkorten (BovenIJ)										
	4. Verplaatsen consulten van verloskunde naar kraamsuites (BovenIJ)										
	5. Fast Track Sectio (Amstelland)										

De regionale en lokale projecten behoeven naast een goede planning ook (bij positieve resultaten) goede borging, zowel gedurende de looptijd van de projecten als daarna. Hiervoor zullen de voortgang en knelpunten binnen de projecten periodiek gezamenlijk worden besproken binnen het COGAA.

Gedurende de uitvoering van het plan zullen adviseurs een vinger aan de pols houden bij alle partners. Indien geconstateerde knelpunten en vertragingen niet opgelost kunnen worden via het COGAA, dan zal geëscaleerd worden naar het bestuurlijk overleg.

Zoals eerder beschreven is commitment van bestuurders een randvoorwaarde in dit project; zij faciliteren tijd van medewerkers om deel te nemen aan de projecten en middelen voor implementatie van interne en regionale oplossingen in de verschillende projecten.

De adviseurs betrokken bij het COGAA zullen tegen het einde van de looptijd van het regioplan gezamenlijk met de COGAA leden kijken hoe het vervolg eruit gaat zien en hoe successen geborgd worden en waar mogelijk wijder verspreid (van lokaal naar stadsbreed, van stadsbreed naar ROAZ breed of zelfs landelijk).

Bijlage 1 projectplannen

A. Regionaal: Voorkomen is beter dan genezen; voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2^{de} lijn en substitutie van 2^{de} lijn

PROJECT PLAN - Gelijke poliklinische faciliteiten stadsbreed/ gebruik bevalbaden en of steriele waterinjecties bij de thuisbevalling – REGIONAAL PROJECT	
<p>Contactpersoon: Marijn Geurts, marijn.geurts@zilverenkruis.nl Trekkersrol: Zilveren Kruis, Participerende rol: verloskunde afdelingen van BovenIJ, ZHA en AUMC, en eerstelijns verloskundigen. Monitoringsrol: ROAZ bureau (aanwezig overleg en meelesen) Datum eerste versie 0.1: 24 februari 2022 Datum laatste versie: 10 mei 2022</p>	
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)	DOELSTELLING (SMART)
<p>Alle ziekenhuizen in Amsterdam hebben (periodiek) te maken met personele capaciteitstekorten binnen de geboortezorg. Eén van mogelijke oorzaken die dit capaciteitsprobleem (lokaal) versterkt is het feit dat niet alle ziekenhuizen bepaalde poliklinische faciliteiten aanbieden, waardoor een durante partu overdracht mogelijk voorkomen kan worden.</p> <p><u>Geen evenredige verdeling van de zorgvraag over de stad</u> Op dit moment lijken veel zwangere vrouwen in Bevalcentrum West te willen bevallen vanwege de poliklinische faciliteiten die beschikbaar zijn, die in andere ziekenhuizen niet altijd beschikbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheid van een bevalbad en lachgas.</p> <p>OLVG-West heeft echter niet genoeg capaciteit om deze zorgvraag aan te kunnen (circa 50% van de bevallingen in BCW wordt voor kortere of langere tijd medisch). Dit leidt tot weigeringen. Zwangere vrouwen komen daardoor bij een ander ziekenhuis terecht. En bovendien heeft dat ziekenhuis dan niet de gewenste faciliteiten.</p> <p><u>Durante partu overdracht van eerste naar de tweede lijn</u> We zien dat een groot deel van de bevallingen die starten in de eerste lijn, eindigen in de tweede lijn. Landelijk was dit in 2020 50,5% voor de nulliparae. De belangrijkste reden om door te verwijzen is een verzoek om pijnbestrijding (28,3%). Daarnaast was niet vorderende ontsluiting bij 12.8% van de nulliparae reden om naar de tweede lijn te verwijzen. Dit legt een grote druk op de tweede lijn.</p> <p>Als alle ziekenhuizen en verloskundigen bepaalde poliklinische faciliteiten beschikbaar hebben, dan zijn er mogelijk over de gehele stad minder verwijzingen naar tweede lijn nodig. Dit omdat de vooronderstelling is dat deze</p>	<p>Het doel is dat in 2023/2024 alle ziekenhuizen in Amsterdam dezelfde poliklinische faciliteiten hebben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de druk op de tweede lijn afneemt. Door onderstaande interventie zal het aantal doorverwijzingen met als reden verzoek om pijnbestrijding dalen met 4,2 procentpunten waarbij de PROM/PREM minimaal gelijk blijft. Het aantal doorverwijzingen met als reden niet vorderende ontsluiting zal dalen met 2 procentpunten. Dit zullen ongeveer 275-300 zwangeren zijn, uitgegaan van 4.650 durante partu doorverwijzingen: • Op basis van landelijke cijfers, worden in AMS 1.315 zwangeren doorverwezen vanwege verzoek om pijnbestrijding <ul style="list-style-type: none"> ○ Door de inzet van lachgas en bevalbaden in de poliklinische setting en door de inzet van bevalbaden en steriele waterinjecties in de thuissetting, schat ik in dat 15% van deze 1.315 wordt ondervangen. Dat zijn 197 zwangeren • Op basis van landelijke cijfers, worden in AMS 595 zwangeren doorverwezen vanwege niet vorderende ontsluiting. Door de inzet van lachgas en bevalbaden in de poliklinische setting en door de inzet van bevalbaden en steriele waterinjecties in de thuissetting, schat ik in dat 15% van deze 595 wordt ondervangen. Dit zijn 90 zwangeren.

<p>faciliteiten pijnstilling en bijstimulatie in de tweede lijn minder nodig maakt. https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/jaarboek-zorg</p>									
<p>VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)</p> <p>De interventie is dat alle ziekenhuizen in Amsterdam poliklinisch een bevalbad en lachgas kunnen aanbieden. <u>Evenredige verdeling van de zorgvraag over de stad</u> De aannname wordt gedaan dat indien de andere ziekenhuizen in de regio ook deze poliklinische faciliteiten hebben, de zorgvraag meer evenredig wordt verdeeld over de stad. Mocht het voorkeursziekenhuis onverhoopt toch vol liggen, dan kan zwangere terecht bij een ziekenhuis met dezelfde poliklinische faciliteiten. <u>Voorkomen dat vrouwen tijdens de bevalling worden overgedragen naar de tweede lijn</u> Daarnaast is de hypothese dat zowel het poliklinisch inzetten van lachgas als het gebruik van een bevalbad verwijzing met o.a. als reden een verzoek om pijnbestrijding en niet vorderende ontsluiting naar de tweede lijn voorkomt. Dit zou ook gelden voor het gebruik van bevalbaden en/of steriele waterinjecties in de thuissetting.</p>	<p>HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)</p> <table border="1" data-bbox="1111 312 2011 770"> <thead> <tr> <th data-bbox="1111 312 1489 379">Indicator(en)?</th> <th data-bbox="1489 312 1695 379">Meetbaar ja/nee?</th> <th data-bbox="1695 312 2011 379">Hoe te meten?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1111 379 1489 770"> <p>Het percentage doorverwijzingen voor pijnstilling en ivm niet vorderende ontsluiting naar de tweede lijn neemt af (2022 vs. 2023).</p> <p>Hierbij wordt de nulmeting vergeleken met de interventie.</p> </td> <td data-bbox="1489 379 1695 770">Ja</td> <td data-bbox="1695 379 2011 770"></td> </tr> </tbody> </table>			Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?	<p>Het percentage doorverwijzingen voor pijnstilling en ivm niet vorderende ontsluiting naar de tweede lijn neemt af (2022 vs. 2023).</p> <p>Hierbij wordt de nulmeting vergeleken met de interventie.</p>	Ja	
Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?							
<p>Het percentage doorverwijzingen voor pijnstilling en ivm niet vorderende ontsluiting naar de tweede lijn neemt af (2022 vs. 2023).</p> <p>Hierbij wordt de nulmeting vergeleken met de interventie.</p>	Ja								
<p>RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)</p> <p>- <i>Kosten (opstart en reguliere kosten)</i> A. Deelname ZV werkgroep. B. Evidence voor (kosten)effectiviteit en kwaliteit/veiligheid (overzicht literatuur). C. Positieve business-case. - <i>Draagvlak 1^e lijn, specialisten en zwangeren</i> A. (Brede) deelname vertegenwoordiging EVAA/1^e lijn Adam in werkgroep. B. Deelname specialist/projectleider ziekenhuizen in werkgroep. C. Vanuit werkgroep terugkoppeling werkvloer/achterban voor uitwerking regioprotocol. Indien nodig, extra opleiden van de verloskundig zorgverlener. D. Ruimte regio-werkwijze/protocol voor lokale invulling en planning (incl. afspraken bij nood). E. Keuze(vrijheid) gebruik bevalbad, steriele waterinjecties en/of lachgas aan zwangere laten (waarbij zij goed geïnformeerd is), niet aan arts of verloskundige F. Als zwangere toch een epiduraal of een andere vorm van pijnbestrijding wil, moet zij deze keuze altijd (goed geïnformeerd) kunnen maken</p>	<p>PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Oriëntatiefase</i> (1^e half jaar 2022) – Vormen werkgroep vertegenwoordigers 1^e lijn, (geïnteresseerde) ziekenhuizen en Zilveren Kruis. Onderbouwing effectiviteit, opstellen business case. Hiervoor zal ook literatuur worden verzameld en zullen gesprekken worden gevoerd met / materialen worden gebruikt van VSV's waar het al wordt ingezet. <i>GO/NO GO – moment. Bij GO:</i> <i>Uitrolfase</i> (2023). Waarschijnlijk eerst bevalbaden en steriele waterinjecties en gefaseerd lachgas, dat kost toch meer tijd. Werkgroep bespreekt overkoepelende knelpunten en faciliteert oplossingen. Waar nodig wordt opgeschaald naar COGAA of bestuurlijke overleg. <i>Evaluatiefase</i> (1^e half jaar 2024) – Zowel lokaal al regionaal vindt de analyse plaats op de gestelde indicatoren. Terugkoppeling wordt gegeven in COGAA. 								

PROJECT PLAN - Balloninleiding 1e lijn Amsterdam Amstelland

Naam organisaties: ROAZ bureau

Contactpersoon: Martijn Rhebergen, m.rhebergen@amsterdamumc.nl

Trekkersrol: ROAZ bureau, participerende rol: eerste lijn (EVAA) en verloskunde afdelingen (stadsbreed)

Datum eerste versie 0.2: 15 februari 2022

Datum laatste versie:

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)	DOELSTELLING (SMART)		
<p>Ongeveer 33% van de vrouwen die bevallen van hun eerste kind wordt in Nederland in het ziekenhuis (o.l.v. gynaecoloog) ingeleid (Seijmonsbergen-Schermers, 2020). Van vrouwen die al eerder bevallen zijn krijgt ongeveer 25% een inleiding. In Amsterdam- Amstelland vinden jaarlijkse ongeveer 10.000 bevallingen plaats in het ziekenhuis, waarvan ongeveer 3000 (30%) wordt ingeleid. (Onnodige) Inleidingen kosten ziekenhuizen echter ook personele inzet. Als inleidingen voorkomen zouden kunnen worden, kan de schaarse personele capaciteit mogelijk op andere plekken worden ingezet. Hiermee kunnen ziekenhuizen meer bevallingen doen en hoeven zij minder stops af te kondigen/te weigeren.</p>	<p>Het primaire doel is (om bij gelijke kwaliteit/tevredenheid patiënten) het aantal inleidingen in de ziekenhuizen in Amsterdam-Amstelland te reduceren met 10-15% (200 per jaar) door de inzet van Foley/ballonkatheters in de eerste lijn (Q1Q22023 vs. Q3Q42023). We verwachten dat 200 bevallingen per jaar minder in ziekenhuizen hoeven plaats te vinden door dit project.</p>		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)	HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
<p>De interventie betreft het zetten van een Foley-/ballonkatheter (> AD 41 weken, hoofdligging, geen verdere risico's), waarna de verloskundige in de 1^e lijn deze bevalling verder begeleid. Een ballonkatheter prikkelt de baarmoeder, zodat er stoffen vrijkomen waarmee de bevalling sneller op gang komt.</p> <p>Na het plaatsen van de ballon in het ziekenhuis wordt ook een CTG gemaakt (Cardio Toco Grafie). Na het hartfilmpje kan de zwangere naar huis. De eigen verloskundige begeleidt de zwangere na het plaatsen van de ballonkatheter thuis. Als er voldoende ontsluiting is zal de verloskundige de ballon verwijderen en de vliezen breken (NB. RKZ meestal na 12 uur breken (Bishop score > 6 en minimaal 3 cm ontsluiting). Als het vruchtwater helder is, kan de zwangere 24 uur wachten op spontane weeën, anders zal de verloskundige een afspraak maken in het ziekenhuizen voor een vervolgplan.</p> <p>De verwachting is dat deze interventie 10% (data pilot OLVG) tot max. 30% (NB. data RKZ – met name bij multen werkt oplossing goed, d.w.z. 40% blijft in 1^e lijn, voor primi's werkt het minder goed, nl. 20%) van de inleidingen in de 2^e lijn</p>	Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?
	Aantal inleidingen ziekenhuis Aantal acute indicaties/incidenten	Ja	ZIS/Perined – Aantal inleiding, per type – BI/Perined
	Aantal begeleide ballonkatheters 1 ^e lijn	Ja	Eerste lijn/Perined – IS 1 ^e lijn/Perined
	Aantal medisch geworden/ naar 2 ^e 3/e lijn doorverwezen zwangeren met ballonkatheter	Ja	Eerste lijn/Perined – IS 1 ^e lijn/ Perined
	Tevredenheid ingreep en bevalling	Ja	Vragenlijst – Zelf pp

<p>voorkomen kan worden. Is deels ook afhankelijk van hoe wordt gemeten. Training en ervaring verloskundigen (praktijken) en met name instructie zwangeren blijkt essentieel voor een succesvol project zo blijkt, net als reserveren van een bed in ziekenhuis bij zetten ballon (bijv. 1 bed na 12-24 uur, per 2 ballonen).</p> <p>De methode lijkt veilig en patiënten lijken tevreden. Het wordt daarom al binnen verschillende VSV's in Nederland ingezet, waaronder in OLVG en RKZ. Ballonkatheter - bevallen thuis poliklinisch of in het bevalcentrum - 1e lijn Oost-West-4146 (1).pdf</p> <p>Ook blijken de effecten vanuit de wetenschappelijke literatuur positief (review Pubmed - Outpatient balloon catheter ripening): https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34991144/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26018581/</p>			
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)	PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
<p>- <i>Bekostiging</i> (opname basispakket en bijdrage opstartkosten)</p> <p>A. Deelname ZV in project.</p> <p>B. Evidence voor effectiviteit en kwaliteit/veiligheid (overzicht literatuur EN afgeronde pilot(s) in Nederland) (NB mogelijk uit project Ank de Jonge)</p> <p>C. Positieve business-case.</p> <p>- <i>Draagvlak 1^e lijn, specialisten en zwangeren</i></p> <p>A. (Brede) deelname vertegenwoordiging EVAA/1^e lijn Adam in werkgroep. Werkgroep pilot OLVG wordt na positieve resultaten verbreed naar regio. Martijn Rhebergen en Ank de Jonge haken al vroeg aan bij pilot.</p> <p>B. Deelname specialist of projectleider vanuit (geïnteresseerde) ziekenhuizen.</p> <p>B. Vanuit te vormen (verbrede) werkgroep terugkoppeling werkvloer/achterban voor uitwerking regioprotocol.</p> <p>C. Ruimte regio-werkwijze/protocol voor lokale invulling en planning (incl. afspraken bij nood).</p> <p>D. Keuze(vrijheid) gebruik katheter aan zwangere laten, niet aan arts of verpleegkundige.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Oriëntatiefase</i> (Q4 2021-Q2 2023) – Vormen/verbreden werkgroep vertegenwoordigers 1^e lijn, (geïnteresseerde) ziekenhuizen en Zilveren Kruis. Onderbouwing effectiviteit, opstellen (eenvoudige) business case en op maat maken interventie (o.a. afspraken/training gebruik en inzet subgroepen). Hiervoor zal ook literatuur worden verzameld en zullen gesprekken worden gevoerd met / materialen worden gebruikt van VSV's waar het al wordt ingezet (bijv. vanuit werkgroep pilot OLVG en RKZ). 2. <i>Uitrolfase</i> (Q3-Q4 2023 – Q1-Q2 jaar 2024) – Na een oefenfase (bijv. training deelnemende praktijken 1^e lijn) wordt de interventie in twee of drie stappen uitgerold in 1^e lijn (steeds aantal praktijken) en de deelnemende ziekenhuizen. Werkgroep bespreekt overkoepelende knelpunten en faciliteert oplossingen. Waar nodig wordt opgeschaald naar COGAA of bestuurlijke overleg. 3. <i>Evaluatiefase</i> (Q3 2024) – Zowel lokaal al regionaal vindt de analyse plaats op de gestelde indicatoren. Terugkoppeling wordt gegeven in COGAA. 		

PROJECT PLAN kleinschalige praktijkvoering in verloskundige teams om zo meer continuïteit te bieden – REGIONAAL PROJECT

Naam organisatie: Holding EVAA/ Verloskundige Zorggroep Groot Amsterdam

Contactpersoon : Antje Martje Bakker ambakker@holding.evaa.nl

[Trekkerrol: eerstelijns verloskundigen \(EVAA\)](#), [participerende rol: eerstelijns praktijken en kraamzorgorganisaties](#)

Datum eerste versie: 15-2-22

Datum laatste versie: 1-6-2022

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)

Aantal verwijzingen van eerste naar tweedelijns en hiermee;

- o druk op medische verloskamers
- o Aantal medische interventies
- o Verhoging continuïteit
- o Tevredenheid cliënt

DOELSTELLING (SMART)

Algemeen;

Vermindering verwijscijfers eerste > tweedelijns binnen pilotpraktijken (20%)

Vermindering aantal medische interventies

Vermindering aantal betrokken zorgverleners

Clienttevredenheid blijft gelijk of verbetert binnen pilotpraktijken

Een positieve (maatschappelijke) business case

Concretisering;

Het streven is dat in 2024/2025 deze zorg binnen een pilot wordt geleverd binnen 8 praktijken. Totaal; 250 minder verwijzingen bij gelijkblijvende protocollen.

Een groot deel van deze vrouwen zal wel nog een plek wensen voor een geboorte binnen BCW/ poliklinisch.

Indien deze zorg in meer praktijken wordt vormgegeven (richting de toekomst) stijgen vanzelfsprekend de aantallen mee.

Indien er zorgverschuiving plaats gaat vinden kunnen het aantal minder verwijzingen sterk oplopen. Voor een deel hiervan zal mogelijk wel weer plek in een ziekenhuis nodig zijn, maar klinisch personeel gespaard worden.

VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)

Meerjarige pilot/ experiment.

Deelnemende verloskundigenpraktijken reorganiseren zich tot kleinere teams (max 3 verloskundigen).

De zwangeren wordt gedurende preconceptie t/m kraambed door dit team begeleid (cf de ZIG is de verloskundige coördinerend zorgverlener).

HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)

Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
Aantal verwijzingen	ja	LVR en PRN data
Medische interventies	ja	LVR en PRN data
Clienttevredenheid	ja	Client-enquête

<p>Na een (medische) overdracht blijft de verloskundige, naast in haar rol als coördinerend zorgverlener, sociaal betrokken bij de cliënt en waarborgt een warme overdracht naar betreffende zorgverleners/ organisaties. Cliënte wordt, ondersteund door multidisciplinair overleg en protocollen, zo lang mogelijk in de eerstelijns voorzien van zorg, met evt aanvulling van nulde-/overige eerste-/tweedelijnszorg. In de komende jaren dienen hiervoor substitutieprojecten opgezet te worden</p>	Kosten	ja	Declaraties en onderbouwing van bredere maatschappelijke voorkomen kosten tgv uitgebleven medicalisering.
<p>RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)</p>	<p>PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)</p>		
<p>Onderbouwing. Continuïteit van verloskundig zorgverlener en de winst van sociale verloskunde kennen onderbouwing middels evidence en daarnaast breed draagvlak. De interventie wordt ondersteund door landelijke- en stedelijke bestuurlijke focus op preventie en Juiste Zorg op de Juiste Plek. Daarnaast door de stedelijke data betreffende verwijscijfers, sociale problematiek en de capaciteitsproblematiek. Binnen Nederlands onderzoek (P.Offerhaus, AVM) is aangetoond dat deze zorg 20% minder verwijzingen kan opleveren. Wanneer de verloskundigen ook zorg gaan leveren welke nu door de tweedelijns wordt geleverd (substitutie) zal dit percentage groeien. Als onderbouwing is ook een positieve (maatschappelijke) business case benodigd.</p> <p>Voldoende eerstelijns capaciteit voor invulling re- organisatie van pilot praktijken. Tgv de huidige verminderde inzetbaarheid door COVID is deze op dit moment niet geborgd. Onder de normale omstandigheden is deze voldoende bij de meeste praktijken. Daarbij zullen niet alle praktijken binnen de pilot starten.</p> <p>Bekostiging voor de geboden zorg, data-analyse en evaluatie. Hiervoor zijn gesprekken met de zorgverzekeraar aangevraagd. Om beschreven zorg 24/7 te kunnen bieden wordt binnen de pilotpraktijken de reguliere (NZa) praktijknorm voor aantal zwangeren verlaagd. Multidisciplinair overleg wordt voor eerste en tweedelijns vergoed (waar laatste deze dit niet reeds vergoed krijgen binnen hun organisatie/ tarief). Eventuele substitutie van zorg wordt passend bekostigend. Data-analyse, monitoring en evaluatie dient gedegen vormgegeven te worden. Midwifery Science heeft zich hiervoor reeds beschikbaar gemeld.</p> <p>Concept welke landelijk te implementeren is bij succesvolle uitkomsten. Beschreven concept is binnen elke verloskundigenpraktijk in Nederland te</p>	<p>Maart; Onderbouwing uitwerken Gesprekken zorgverzekeraars Inventarisatie enthousiaste pilotpraktijken</p> <p>April/mei; Concept projectplan Kosten-baten analyse Vervolggesprekken zorgverzekeraars Start uitwerking reorganisatie pilotpraktijken</p> <p>Juni/juli; Concrete uitwerking projectplan Concretiseren aantal pilotpraktijken/ reorganisatieplan Vervolggesprekken zorgverzekeraars</p> <p>September; Finetunen projectplan Akkoord zorgverzekeraars Start reorganisatie pilotpraktijken</p> <p>Januari 2023; Start project</p>		

implementeren, bij voldoende verloskundige capaciteit. Implementatie van continuïteit van verloskundig zorgverlener binnen de reguliere verloskundigenpraktijk is een speerpunt van de KNOV. Zeven verloskundige zorggroepen hebben een gelijk aan bovenstaand voorstel neergelegd bij de zorgverzekeraars om tot een soortgelijke pilot te komen binnen hun regio.

A. Lokaal: Voorkomen is beter dan genezen; voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2^{de} lijn en substitutie van 2^{de} lijn

PROJECT PLAN Medisch kraamzorghotel– COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: OLVG Contactpersoon (naam + emailadres): Lies van der Weide, L.vanderweide@olvg.nl Datum eerste versie: 16-02-2022 Datum laatste versie: 16-02-2022				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
De opnamecapaciteit staat onder druk doordat er meer vraag dan aanbod is. In OLVG wordt nu veel laag tot midden complexe zorg aan moeder en kind geleverd wat buiten de bevalcentra of zelfs buiten OLVG kan plaatsvinden. Hierdoor ontstaat er meer opnamecapaciteit en meer ruimte voor hoog complexe zorg voor moeder en kind.		Per 1 januari 2023 is de haalbaarheid van een medisch kraamhotel voor OLVG duidelijk en ligt er een plan klaar om deze op te richten. Door het oprichten van een medisch kraamhotel kunnen de volgende doelstellingen behaald worden: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Juiste zorg op de juiste plek: zorg dichterbij huis</i> - <i>Minder medicalisering in de kraamtijd</i> - <i>Juiste handen aan het juiste bed: gespecialiseerde verpleegkundigen beschikbaar maken voor hoog complexe zorg</i> - <i>Innovatie in de geboortezorg: midwife-led kraamhotel voor laag- en midden complexe zorg voor moeder en pasgeborene</i> - <i>Verplaatsing van zorg buiten het ziekenhuis: 30% minder verpleegdagen in het ziekenhuis</i> - <i>Zorg patiëntvriendelijker en/of doelmatiger</i> Het OLVG verwacht tot 150 bevallingen per jaar meer uit te kunnen voeren door dit project.		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
<ul style="list-style-type: none"> • Laag- en midden complexe zorg voor moeder en kind lokaliseren buiten Anna / Toorop paviljoen, en evt. zelfs buiten OLVG. Een nauwe samenwerking met het BCW wordt onderzocht als oplossingsrichting. • Inzet van de juiste zorgverleners: kraamverzorgenden, algemeen verpleegkundigen en verplk. Moeder & pasgeborene • Geleid door verloskundige (midwife-led), met gynaecoloog en kinderarts op de achtergrond • Verloskundige / PA heeft dagelijkse verantwoordelijkheidZorg voor moeder en kind minder gemedicaliseerd door 1 ½ lijn setting • Gespecialiseerde verpleegkundigen ingezet op hoog complexe zorg • Uitbreiden verantwoordelijkheden na scholing, meer autonomie voor kraamzorg, alg. verpleegkundigen, VMP en verloskundigen 		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		n.v.t. voor huidige doelstelling. Bij start medisch kraamhotel: verpleegdagen en opnames		

RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)	PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)
<p>Facilitaire mogelijkheden en ruimte binnen of buiten het OLVG</p> <p>Financiën</p> <p>Voldoende personele formatie</p> <p>Draagvlak bij eerstelijnsverloskundigen en kraamverzorgenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaststellen welke patiënt-categorieën in aanmerking komen – evt. in fasen: eerst laagcomplex, later midden complex • Taakverdeling van de verpleegkundige functies incl. kraamzorg harmoniseren • Bijscholingsplan opstellen voor betrokken functiegroepen: kraamverzorgende, alg. verpleegkundige, vplk. moeder & pasgeborene, verloskundige / PA • Mogelijkheden voor IPE • Welke ondersteuning nodig (roomservice, lab, apotheek,) • Proefperiode binnen OLVG, later op aparte locatie?

PROJECT PLAN Triage spoedpoli en short care verloskunde– COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: OLVG Contactpersoon (naam + emailadres): l.vanderweide@olvg.nl Datum eerste versie: 16-02-2022 Datum laatste versie: 16-02-2022				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
Er is een hoog aantal onterechte consulten op de spoedpoli/short care. Het gaat om ongeveer 100 consulten per maand. Denk hierbij aan nabespreken echo omdat er geen plaats is op de polikliniek verloskunde, gynaecologische consulten zoals EUG, pyelonefritis en torsie en hyperemesis gravidarum welke in de kliniek gezien moet worden. Door deze consulten is de druk op de spoedpoli te hoog, waardoor consulten voor de verloskunde in het gedrang komen.		Per 1 juli 2022 is het aantal onterechte consulten op de spoedpoli verloskunde gehalveerd naar ongeveer 50 consulten per maand en per 1 december 2022 zijn dit nog maar 10 consulten per maand. Dit wordt bereikt door inzet van een verbeterd triageprotocol, een flow chart voor de patiëntenstromen van de spoedpoli en afspraken met de verwijzers. Het OLVG verwacht tot 75 bevallingen per jaar meer uit te kunnen voeren door dit project.		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
<ul style="list-style-type: none"> • Triage protocol wordt geanalyseerd en aangescherpt • Flow chart voor de spoedpoli opstellen • Afspraken met de eerstelijns verloskundigen maken ten aanzien van de verwijzingen • Beter sturen op VSV praktijken • Scholing van klinisch verloskundigen in de groei echo's • Eerder de supervisor betrekken wanneer de druk te hoog wordt (na 90 minuten wachttijd van de patiënt) • Overleg met de HAP over instroom vanuit de HAP • Spoedpoli als normale poli in Epic bouwen en niet als virtuele poli 		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Consulten	ja	Maandelijks uit Epic halen
		Verwijzingen	ja	Bijhouden niet VSV praktijken en andere verwijzers
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken maken met de verwijzers (intern en extern) • Meer ruimte op de polikliniek verloskunde en gynaecologie (spoed) creëren 		<ul style="list-style-type: none"> • Afspraak met medewerkers van de spoedpoli, operationeel managers en medisch aanspreekpunt verloskunde (januari 2022) <input checked="" type="checkbox"/> • Analyse onterechte consulten (januari/februari) <input checked="" type="checkbox"/> • Bijhouden instroom buiten VSV (januari tot en maart 2022) • Aanpassen triage protocol en opstellen flow chart spoedpoli (februari/maart 2022) • Implementatie triage protocol/flow chart (maart/april 2022) • Spoedpoli tot gewone poli maken in Epic (gereed in mei 2022) • Afspraken maken met de verwijzers (maart/april 2022) • Scholing klinisch verloskundigen in groei echo's (eind 2022 gereed) 		

B. Regionaal: Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie

PROJECT PLAN - Bovenformatief opleiden van O&G, kinder en (IC)neonatologie verpleegkundigen COGAA II REGIONAAL PROJECT			
<p>Naam organisaties: Sigrā Contactpersoon: Nicole Ranzijn (Sigrā) Trekkersrol: SIGRA, participerende rol: afdelingen verloskunde ziekenhuizen Datum eerste versie 0.1: 22-2-2022 Datum laatste versie: 28-2-2022</p>			
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)	
<p>Al enige jaren spelen er aanzienlijke capaciteitsproblemen op de verloskamers door de personeelstekorten. Uit SIGRA onderzoek (2020) blijkt de formatie in regioziekenhuizen het meest knelt bij de O&G, Kinder- en (IC) neonatologie. Als gevolg hiervan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Worden zwangeren geweigerd en bevallen zij vaak niet in het voorkeursziekenhuis. - Moeten zwangeren soms uitwijken buiten de stad of zelfs regio. - Ontstaat hoge werkdruk en stress bij verpleegkundigen wat tot meer uitstroom en verzuim kan leiden. - Hebben ziekenhuizen moeite met rondkrijgen roosters <p>In een krappe arbeidsmarkt is maximaal opleiden essentieel om op formatie te komen. In het ZONN netwerk worden afspraken gemaakt over alle gespecialiseerde verpleegkundige opleidingen: hoe dichten we de 'gap' tussen het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor de zorgvraag in de regio en het aantal daadwerkelijke opleidingsplaatsen, zowel nu als voor in de toekomst. Ook geboortezorg wordt hier besproken. Een hoge instroom vanuit de opleidingen is essentieel, omdat de komende 6-7 jaar stroomt 10-16% de verpleegkundigen in de genoemde functies uitstromen ivm de bereiken van de pensioneringsleeftijd. Op dit moment is de gap tussen het instroomadvies en de daadwerkelijke instroom voor alle opleidingen negatief (zie hiervoor doelstellingen).</p>		<p>Op dit moment is de gap tussen het instroomadvies en het daadwerkelijke aantal opgeleide verpleegkundigen voor alle opleidingen negatief: Gap opleidingen in de regio Amsterdam-Amstelland in aantallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O&G verpleegkundige: -1 - Kinderverpleegkundige: -11,3 - IC-kinderverpleegkundige: -16 - IC-neonatologie: -7,6 <p>Het doel van dit project is om te onderzoeken op welke wijze de instroom vanuit de opleidingen en/of het aantal opleidingsplaatsen kunnen worden verhoogd, zodat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer verpleegkundigen worden opgeleid om zo aan de zorgvraag van de regio te kunnen voldoen: de 'gap' tussen het benodigde aantal opleidingsplaatsen en het daadwerkelijke aantal opleidingsplaatsen wordt verkleind. <p>Daartoe wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - binnen het ZONN netwerk al afspraken gemaakt. - tevens zal er worden onderzocht in COGAA II verband of bovenformatief opleiden een mogelijkheid is. - met de kerngroep opleiden geboortezorg onderzocht welke oplossingen er nog meer zijn. 	
:			
Ziekenhuizen geven aan dat bovenformatief opleiden een van de mogelijke oplossingen kan zijn om de instroom van O&G, kinder en (IC)neonatologie	Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?

<p>verpleegkundigen te verhogen: Een verpleegkundige in opleiding is voor 1/3 inzetbaar, maar telt wel als 1 fte op de formatie. Door hen bovenformatief op te leiden, kunnen meer verpleegkundigen worden opgeleid, ook voor andere ziekenhuizen. Dit geeft meer ruimte om meer verpleegkundigen aan te nemen.</p> <p>De deelnemers van COGAA II kunnen afspraken maken over bovenformatief opleiden rondom O&G, kinder en (IC)neonatalogie verpleegkundigen. Door bovenformatief op te leiden wordt de instroom van verpleegkundigen in de regio ook voor in de toekomst geborgd en kunnen we aan de zorgvraag van de regio (blijven) voldoen. De knelpunten voor bovenformatief op te leiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is niet voldoende financiering om boven formatie op te leiden. Zorgverzekeraars kunnen hier ook een rol in spelen. - Meerjarenbegroting. Met een meerjarenbegroting is het makkelijker om in te zetten op strategische personeelsplanning/opleiden. Mensen die eerst bovenformatief worden opgeleid, kunnen na de opleiding ook worden aangenomen. <p>Naast de mogelijkheid van bovenformatief opleiden, worden ook andere oplossingen onderzocht om het aantal verpleegkundigen in opleiding en de opleidingsplaatsen te verhogen. Met de kerngroep opleiden geboortezorg van de Amstel Academie wordt geïnventariseerd welke knelpunten er zijn als het gaat om opleiden en opleidingsplaatsen en welke mogelijke oplossingen er zijn, o.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het mogelijk inkorten van de verplichte stage-uren, van 32 uur per week, naar 24 uur per week. - Andere vormen van begeleiding. <p>NB: de mogelijkheid om bovenformatief te kunnen opleiden is ook een interne aangelegenheid. Desalniettemin in het belangrijk om de regionale mogelijkheden hier in te onderzoeken of op welke andere manier de instroom van verpleegkundigen in opleiding kan worden verhoogd.</p>	Toename van verpleegkundigen in opleiding in de genoemde specialisaties	ja	Door jaarlijkse meting	
			ja	
			ja	
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)	PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)			
<ul style="list-style-type: none"> - Commitment van de ziekenhuizen - Voldoende financiën door medewerking zorgverzekeraars - Voldoende tijd en ruimte om meer op te leiden - Meerjarenbegroting - Afspraken wie op welke specialisatie bovenformatief gaat opleiden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eind maart 2022 - afstemming Kerngroep Opleiden Geboortezorg van de Amstel Academie. - Mei 2022 overleg ZONN – knelpunten geboortezorg op de agenda. - Najaar 2022 – capaciteitsraming met o.a. geboortezorg - Najaar 2022 – Op basis van informatie vervolgstappen bovenformatief opleiden of alternatief voor verhogen instroom/opleidingsplaatsen verpleegkundigen in opleiding 			

PROJECT PLAN Kraamzorg pool – COGAA II – REGIONAAL PROJECT

Contactpersoon Corina de Groot, stafadviseur c.degroot@amsterdamumc.nl

Trekkersrol: ROAZ bureau, participerende rol: Kraamzorgbureaus, afdelingen ziekenhuizen meelesrol: zorgverzekeraars, 1^e lijn verloskundige

Datum eerste versie: 17-2-2022

Datum laatste versie: 3-5-2022

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)	DOELSTELLING (SMART)		
<p>De verloskunde afdelingen in de ziekenhuizen hebben onvoldoende personele capaciteit om alle (aangeboden) <u>poliklinische</u> en <u>klinische</u> bevallingen te faciliteren. Werken met verschillende functie niveaus is een middel om de optimale inzet van (bedden) capaciteit te bereiken met behoud van kwaliteit en veiligheid voor de cliënt/patiënt en medewerker.</p> <p>Kraamzorgbureaus krijgen van de verloskunde afdelingen de vraag of kraamverzorgende oproepbaar kunnen zijn om partus assistentie te verlenen bij <u>poliklinische</u>- en/of <u>klinische</u> bevallingen. Daarnaast vragen ziekenhuizen om kraamverzorgenden voor de verzorging van de gezonde kraamvrouw en neonaat. Regionale afspraken over inzet ontbreken; elk ziekenhuis maakt zelf afspraken met een of meerdere kraamzorgbureaus. De opzet en visie op de werkzaamheden is bovendien heel divers. De verwachtingen over werkzaamheden worden onvoldoende uitgesproken richting de kraamzorgbureaus</p>	<p>De inzet van een regionale partuspool is gericht op een structurele langdurige inzet waarvoor vooraf de werkzaamheden per ziekenhuis zijn afgestemd en financiële afspraken met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars is geregeld</p> <p>1. Het creëren van een regionale partuspool van kraamverzorgende om <u>poliklinische</u> bevallingen te assisteren, deze partus pool is vanaf Q3 inzetbaar en kan voldoen aan de vraag.</p> <p>In 2020 hebben 1100 1^e lijns poliklinische bevallingen plaatsgevonden. Een stijging van 10 % door de inzet van een kraamzorgpool t.b.v. poliklinische bevallingen is reëel (Samenvatting capaciteitsdata Amsterdam mrt 2021) We verwachten dat door de inzet van 1^e lijn kraamverzorgende op jaarbasis 350 bevallingen extra plaats kunnen vinden (de inzet partuspool poliklinisch ,</p> <p>2. De regionale partuspool heeft kraamverzorgende beschikbaar die met voldoende deskundigheid inzetbaar zijn voor een assistentie bij een <u>klinische bevalling</u>, deze kraamverzorgende dienen recent bijgeschoold en inzetbaar te zijn vanaf..... 2024</p> <p>Een stijging van opnieuw 10% aan bevallingen 1^e en 2^e lijn in 2024</p> <p>3. Een regionale kraamzorgpool heeft kraamverzorgende beschikbaar die met voldoende deskundigheid inzetbaar zijn voor de verzorging van de gezonde kraamvrouw en neonaat de kraamverzorgende zijn recent bijgeschoold en inzetbaar vanaf2025</p>		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)	HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
1.Regionale partuspool kraam: assistentie <u>poliklinische</u> bevallingen	Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
2. Regionale partuspoolkraam: assistentie <u>klinische</u> bevallingen	1. Poliklinische bevallingen met ondersteuning vanuit de kraamzorgpool	ja	6 maand vooraf en 6 maand na start pool. Het aantal poliklinische bevallingen stijgt met 10% t.o.v. capaciteitscijfers van 2020
	2.klinische bevallingen met ondersteuning vanuit de kraamzorgpool	ja	6 maanden vooraf en 6 maand na start ondersteuning klinische bevallingen

3. Regionale <u>klinische kraamzorgpool</u> : eerstelijnskraamzorg in tweede lijn voor de verzorging van gezonde kraamvrouw en neonaat	3.1 ^e lijns kraamzorg in 2 ^e lijn uit de kraamzorgpool	Ja	idem
	4. Meer poliklinische bevallingen in regio AA Minder poliklinische bevallingen buiten de regio	ja	Capaciteit cijfers ziekenhuizen
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)	
2022			
1.Regionale partuspool kraam: assistentie poliklinische bevallingen <ul style="list-style-type: none"> o Bijeenkomsten met vertegenwoordigers verloskunde afd. en kraamzorg. Belangrijk punt is dat ziekenhuizen hier ook extra poliklinische ruimte voor creëren. o Bekostiging ZV afgestemd o Draagvlak 1^e lijn kraam, verloskundige, afdeling verloskunde o Projectgroep koppelt terug aan werkvloer/achterban 		Ontwerp hoe kunnen we dit oplossen, wat is ervoor nodig Vorbereiding hoe kunnen we dit maken, afspraken vastleggen zowel lokaal als regionaal realisatie uitvoeren partuspool poliklinische bevallingen welke ziekenhuizen Nazorg evalueren, zo nodig bijstellen	Q2 Q2, bepalen in Q3,Q4 Q4, Q1
2023-2025			
2 Regionale partuspoolkraam: assistentie <u>klinische</u> bevallingen		Definitie fase	prioritering en haalbaarheid bepalen Q1
3. Regionale <u>klinische kraamzorgpool</u> : eerstelijnskraamzorg in tweede lijn voor de verzorging van gezonde kraamvrouw en neonaat (best practice van AUMC gebruiken)		Ontwerp	hoe kunnen we dit oplossen, wat is ervoor nodig Q2
o Bijeenkomsten met vertegenwoordigers verloskunde afd. en kraamzorg		Vorbereiding	hoe kunnen we dit maken, afspraken Q2
o Bekostiging ZV afgestemd		Realisatie	uitvoeren bijscholing traject Q3
o Bijscholing en kosten realisatie		Nazorg	Pilot keuze onderwerp 2024 Q1
o Draagvlak 1 ^e lijn kraamzorg, afd. verloskunde		Nazorg	evalueren, zo nodig bijstellen

PROJECT PLAN - Inzet verloskundigen in opleiding ter ondersteuning van O&G verpleegkundigen COGAA II REGIONAAL PROJECT

Naam organisaties: OLVG, AVAG, Sigra

Contactpersoon: Nicole Ranzijn (Sigra)

Trekkersrol: SIGRA, participerende rol; AVAG en afdelingen verloskunde (eerst OLVG, daarna mogelijk anderen)

Datum eerste versie 0.1: 16-2-2022

Datum laatste versie:

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)

Al enige jaren spelen er aanzienlijke capaciteitsproblemen op de verloskamers door de personeelstekorten bij o.a. de O&G verpleegkundigen en klinische verloskundigen. Als gevolg hiervan:

- Worden zwangeren geweigerd en bevallen zij vaak niet in het voorkeursziekenhuis
- Moeten zwangeren soms uitwijken buiten de stad of zelfs regio.
- Ontstaat hoge werkdruk en stress bij O&G verpleegkundigen en klinisch verloskundigen.

DOELSTELLING (SMART)

Door de inzet van de obstetrische ondersteuner worden:

- de O&G verpleegkundigen en klinisch verloskundigen ontlast en kunnen zij worden ingezet waar zij nodig zijn.
- Dit creëert meer capaciteit op de verloskamers.
- Heeft ook een positief effect op de ervaren werkdruk en stress.

Als ander bijkomend gevolg kunnen verloskundigen in opleiding ook ervaring op doen met werken in het ziekenhuis.

Met als doel het bevorderen van de kwaliteit van zorg, Met als gevolg het bevorderen van de kwaliteit van zorg, het verlagen van de werkdruk en voorkomen van uitval. Hierdoor worden weigeringen voorkomen. Door met de pilot in het OLVG verwachten we 50-100 bevallingen extra per jaar te kunnen doen.

VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)

Een van de mogelijke oplossingen is de O&G verpleegkundigen en klinisch verloskundigen ontlasten van werkzaamheden/handelingen die niet hun expertise behoeven door de inzet van verloskundigen in opleiding (VIO's) als obstetrisch ondersteuner. Deze werkzaamheden/handelingen zijn bijvoorbeeld: ondersteuning bij 'normale' partus., schoonmaak, spullen naar het laboratorium brengen, patiënt ontslaan,

Door de inzet van de obstetrisch ondersteuner hebben O&G verpleegkundigen en klinisch verloskundigen meer handen en tijd hebben voor werkzaamheden/handelingen die alleen zij kunnen uitvoeren.

Daarom wordt er gestart met de pilot obstetrisch ondersteuner. Het OLVG, AVAG en Sigra werken hierin samen. Bij positieve resultaten kan de pilot worden uitgerold naar anderen ziekenhuizen.

Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?
Minimaal 10 aanmeldingen door verloskundigen in opleiding	ja	Aantal ontvangen sollicitaties door ziekenhuis
Aantal aangenomen / ingezette verloskundigen in opleiding door het ziekenhuis	ja	Aantal getekende contracten door ziekenhuis
Tevredenheid inzet over VIO door O&G verpleegkundigen en klinisch verloskundigen	ja	Enquête onder O&G verpleegkundigen
Tevredenheid over baan obstetrisch ondersteuner bij VIO's	ja	Enquête onder obstetrisch ondersteuners

RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)	PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)
<p>Deelname en commitment deelnemende partijen: OLVG en AVAG. Bij succes uitrollen naar andere ziekenhuizen. Minimaal 10 aantal aanmeldingen vanuit AVAG Begeleiding vanaf werkvloer voor obstetrisch ondersteuner Monitoring traject door samenwerkende partijen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - November – december 2021: ontwikkeling profiel en vacaturetekst obstetrische ondersteuner - Januari-februari 2022: werving en aanstelling obstretrisch ondersteuner - Maart – juni 2022: monitoring en evaluatie inzet VIO's <p>Bij positieve ervaring: Juli – september 2022: afstemming en opschalen pilot naar andere ziekenhuizen.</p>

B. Lokaal: Op formatie; maximaal opleiden, behouden en functiedifferentiatie

PROJECT PLAN Schoonmaak hulp – COGAA II – INTERN PROJECT				
<p>Naam ziekenhuis: Amstelland Contactpersoon (naam + emailadres): Sharon Snijder s.snijder@zha.nl en Jan-Willem v.d Brink j.vandenbrink@zha.nl Datum eerste versie: 14-02 2022 Datum laatste versie:</p>				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
<p>De verloskamers worden van 's morgens vroeg tot 's avonds laat schoongemaakt door de HAGO. Hierdoor worden de obstetrie verpleegkundigen ontlast in hun taken en is de kans groter dat er minder weigeringen zullen zijn, doordat er op tijd een schone verloskamer beschikbaar is.</p>		<p>Binnen 3 maanden geven de obstetrie verpleegkundigen aan dat zijn minder belast worden in schoonmaak taken en wordt er niet geweigerd, wegens geen schone kamer te hebben. We verwachten dat de weigeringen door het ontbreken van een (schone)beschikbare verloskamer niet meer voorkomt. De capaciteitswinst is niet meetbaar weer te geven.</p>		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
<p>Inzetten van de Hago voor het schoonmaken van de verloskamers, voor langere periodes over de dag</p>		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Hoge tevredenheid, minder belastbare taken O verpleegkundige	ja	Evaluatie onder verpleegkundigen
		Minder weigering op basis van vuile kamers	ja	Verloskundigen kunnen vaker terecht.
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
<ul style="list-style-type: none"> Afstemming met Facilitair bedrijf Communicatie via weekbrief Dit project is haalbaar op een schaal van 7 à 8 Er wordt ingezet op meer mankracht bij de HAGO. Zij verdelen de schoonmaak taken op die manier dat wat er in de late avond uitgevoerd wordt, de volgende dag niet meer hoeft. Efficiëntie in de schoonmaak met daarbij ondersteuning vanaf de vroege ochtend tot in de late avond voor de verloskamers. De projectleider is manager FB, samen met Sharon teammanager verloskunde en manager zorg H. Houwing. Mankracht om het uit te voeren is nodig en beginnen en eindigen iets later. Er is intern zeker voldoende draagvlak. Hago wil graag helpen/ondersteunen en kijken wat haalbaar is en de verpleegkundigen zijn blij met dat wat zij kunnen krijgen in ondersteuning. 		<ul style="list-style-type: none"> Vanaf 16-02 wordt dit gestart Na 2 maanden evaluatie met Zorgmanager, facilitair bedrijf en O verpleegkundigen Bijhouden wanneer er in de nacht wel schoongemaakt moet worden door de O verpleegkundigen. 		

PROJECT PLAN inzetten van kraamverzorgsters op de afdeling verloskunde en kraamafdeling- INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: Amsterdam UMC Contactpersoon: Ine de Jonge jm.dejonge@amsterdamumc.nl Datum eerste versie:15-02-2022 Datum laatste versie:				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
Optimale opnamecapaciteit en doorstroom op de afdeling verloskunde en kraamafdeling door inzet van kraamverzorgsters.		Specifiek: kraamverzorgsters maken onderdeel uit van het team en leveren zorg aan onze patiënten, zodat er een optimale opnamecapaciteit en doorstroom wordt gerealiseerd. Meetbaar: inzet van kraamverzorgsters in de diensten. Acceptabel: wordt gedragen door zorgprofessionals Resultaat: kraamverzorgsters worden ingezet Tijdsgebonden: per direct We verwachten 12 poliklinische bevallingen meer op jaarbasis uit te kunnen voeren . De doorstroom van verloskunde en kraam zal de zorg kwalitatief verbeteren en de P. tevredenheid doen toenemen.. Dit is (nog) niet meetbaar weer te geven. Dit zal wel moet leiden tot kortere opname duur.		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Inzetten van formatie kraamverzorgsters die ook bevoegd en bekwaam zijn door scholing via de Amstelacademie in het uitvoeren van risicovolle handelingen, zoals infuus verwijderen, katheter verwijderen, geven van laagrisico medicatie. Inzet van kraamverzorgster bij poliklinische partus. Nascholingsplan is opgesteld en scholingsdagen worden ingepland.		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		In de diensten ingepland.	Ja	Registratie
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
Nascholingsplan is opgesteld en gecommuniceerd. Formatie kraamverzorgsters en geschoold.		Is reeds gestart.		

--	--

C. Regionaal: Optimale inzet; optimalisatie spreiding van processen

PROJECT PLAN AANTALLEN A TERME PER WEEK – COGAA II – REGIONAAL PROJECT				
Naam Organisatie: ROAZ bureau Contactpersoon: Inge Verbeek, i.verbeek@amsterdamumc.nl Trekkerrol: ROAZ bureau, participerende rol: COGAA leden, eerstelijnspraktijken, afdelingen verloskunde Datum eerste versie: 10 februari 2022 Datum laatste versie: 10 maart 2022				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
Gedurende het jaar fluctueert het aantal zwangeren dat bevalt/zorg nodig heeft. Al jaren zijn de zomermaanden het drukst. Afgelopen jaar heeft aangetoond dat deze drukte tot ver in oktober aanhield, maar dat tegelijkertijd sommige weken ook weer rustig waren. Voor ziekenhuizen is het praktisch om te weten in welke weken de pieken liggen, zodat zij hier zoveel als mogelijk rekening mee kunnen houden in de planning van personele roosters en andere maatregelen om deze pieken op te vangen. Op dit moment hebben zij geen inzicht in de pieken per week, behalve dan van hun eigen bekende patiënten.		Voor de regio Amsterdam-Amstelland de aantallen a terme zwangeren per week binnen de eerste lijn en de tweede lijn tot en met oktober 2022 vaststellen. Deze worden door tenminste 80% van de praktijken in Amsterdam gedurende 7 puntmetingen ingevuld. Een punt meting beslaat 4 weken. Elke periode van 4 weken per puntmeting is opvolgend aan de vorige puntmeting. Op basis van de voorspelde pieken kunnen acties worden ingezet door eerste en tweede lijn, zoals aanpassing roostering en aanpassen samenwerkingsafspraken. We verwachten dat de ziekenhuizen hierdoor in totaal ongeveer 200 per keer per jaar minder hoeven weigeren (250 minder weigeringen/stops).		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Elke 4 weken wordt een vragenlijst uitgezet naar de eerstelijnspraktijken in de regio Amsterdam-Amstelland (en praktijken daarbuiten regelmatig gebruik maken van de bevalplekken in Amsterdam). Deze vragenlijst vraagt om de aantallen a terme 12 tot 16 weken na het moment van uitvragen in te vullen. Dit gebeurt op anonieme basis. Rapportage geschiedt op VSV niveau. De vragenlijst wordt in ieder geval tot Q4 2022 elke 4 weken verzonden. Hierbij wordt een trend in aantallen per week zichtbaar, waardoor pieken kunnen worden herkend.		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		De aantallen a terme per week per VSV zijn bekend	Ja	Analyse van gevraagde aantallen in de vragenlijst
		Verloskundige praktijken vullen de metingen in	ja	Percentage praktijken dat per meting aanlevert.
		Ziekenhuizen zijn in staat te acteren op de aantallen	Ja	Middels kwalitatieve metingen
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		

Minimaal 80-90% van de praktijken moet de vragenlijst invullen.
Praktijken dienen dit gedurende meerdere metingen consistent te doen.
Een week na de uitzet zal een reminder verzonden worden om de aantallen aan te leveren. Eerstelijns verloskundigen uit het COGAA zullen zo nodig ingeschakeld worden om praktijken te motiveren de aantallen aan te leveren.

Metingen zullen plaatsvinden op:

7 februari (week 18 t/m 21)	30 mei (week 34 t/m 37)
7 maart (week 22 t/m 25)	27 juni (week 38 t/m 41)
4 april (week 26 t/m 29)	25 juli (week 42 t/m 45)
2 mei (week 30 t/m 33)	

PROJECT PLAN verbeteren afspraken ontslag procedure kraamvrouw tussen ziekenhuis en kraamzorg – COGAA II – REGIONAAL PROJECT

Naam organisatie: ROAZ, SpoedZorgNet AMC

Contactpersoon: Corina de Groot c.degroot@amsterdamumc.nl

Trekkersrol: ROAZ bureau, participerende rol: afdelingen verloskunde + kraamzorgorganisaties, meelesrol: EVAA

Datum eerste versie: 17-02-2022

Datum laatste versie:

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)

Uitstroom kraamvrouwen vanuit afdeling verloskunde naar huis (ontslag management) zowel binnen als buiten de daguren met een zorgvraag aan de kraamzorg bureaus verloopt niet goed
 Indien de zorgvraag /indicatie na ontslag niet tijdig (tussen 8 en 17 uur) wordt gesteld kan er onvoldoende kraamzorg capaciteit aanwezig zijn en kan de kraamvrouw en neonaat niet veilig met ontslag naar huis buiten de daguren indien een zorgvraag/ indicaties wordt gesteld. Hierdoor kan het ontslag van kraamvrouw en neonaat mogelijk niet (veilig) plaatsvinden.

DOELSTELLING (SMART)

Voor zowel de kraamzorg bureaus als de verloskunde afdeling in AA zijn de zorgvragen/indicaties dusdanig omschreven en wordt naar gehandeld bij ontslag naar huis zodat zorg gegeven kan worden buiten dag uren indien dit noodzakelijk is. Hiermee is doorstroom, uitstroom vanuit de verloskunde afd. ook buiten daguren mogelijk bij kraamvrouwen en neonaten met een zorgvraag/ indicatie. Indien er geen (aanvullende) zorgvraag indicatie is gesteld weet de kraamvrouw/ouders dat de kraamzorg de volgende dag zal ingaan. Vanaf Q3 is deze afstemming voortaan goed georganiseerd.
We verwachten een verwaarloosbare- beperkte capaciteitswinst

VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)

De zorgvraag / indicaties waarvoor kraamzorg buiten de daguren om kan worden gevraagd is niet altijd duidelijk. Eenduidige regionale afspraken zijn van belang. Indicatiestellingen waarvoor afstemming noodzakelijk is met kraamzorg bureau is terug te vinden op <https://kckzapp.nl/wp-content/uploads/2021/12/Bijlage-1-bij-zorgprotocol-4-Toepassing-LIP.pdf>
 1 a 2 bijeenkomsten tussen verloskunde afd. en kraamzorg bureaus om een af te stemmen en een regio richtlijn op te stellen

HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)

Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
Tevredenheid overdracht inzet kraamzorg verloskunde afd. en kraamzorg	Ja	Enquête bij verloskunde afd. en kraamzorg orga o- meting en voortgang meting

RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)

(denk o.a. interne samenwerking, communicatie)
 Nieuwe afspraken bekend bij alle disciplines in het ziekenhuis/ afdeling
 Nieuwe afspraken bekend bij de kraamzorg bureaus planners en kraamverzorgenden.
 Achterliggende informatie:
<https://www.kckz.nl/>
<https://kckzapp.nl/wp-content/uploads/2021/12/Bijlage-1-bij-zorgprotocol-4-Toepassing-LIP.pdf>

PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deeltappen/fases)

Ontwerp regio afstemming bijeenkomst verloskunde afd. en kraamzorg orga over zorgvraag/ indicaties en aanmeldprocedures, dit wordt vervolgens vermeld in een regio richtlijn Q2
 Voorbereiding hoe kunnen we dit maken Q2
 realisatie werken met de nieuwe afspraken Q3
 Nazorg evalueren van de afspraken, zo nodig bijstellen eind Q4
 Terugkoppeling wordt gegeven in COGAA overleg

https://kckzapp.nl/wp-content/uploads/2021/12/Bijlage-2-bij-zorgprotocol-4-Toepassing-LIP.pdf	
---	--

PROJECT PLAN - Telemonitoring Hoogrisico Zwangerschappen Ziekenhuizen Amsterdam Amstelland. COGAA II Regionaal Project

Naam organisaties: ROAZ bureau
 Contactpersoon: Martijn Rhebergen, m.rhebergen@amsterdamumc.nl
 Trekkersrol: ROAZ bureau, participerende rol: afdelingen verloskunde + verzekeraar
 Datum eerste versie 1.3: 15 februari 2022
 Datum laatste versie: 3-05-2022

PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)

Bij (hoog) risicozwangerschappen zijn poliklinische bezoeken en ziekenhuisopnames voor en bij de geboorte veelal standaardzorg. (Onnodige) poliklinische bezoeken en ziekenhuisopnames kosten echter ook schaarse middelen (personele capaciteit en geld). Als deze (deels) voorkomen kunnen worden door op andere wijze goede en veilige zorg te bieden, kunnen wellicht personele capaciteit worden bespaard. Hierdoor kunnen ziekenhuizen meer bevallingen aan en hoeven zij minder stops af te kondigen/te weigeren.

DOELSTELLING (SMART)

Het primaire doel is (om bij gelijke kwaliteit/tevredenheid patiënten) het aantal poliklinische bezoeken of opnamedagen (afh. van de indicatie) met 25% te reduceren in de ziekenhuizen in Amsterdam Amstelland door de inzet van tele-monitoring bij de volgende indicaties (2022 vs. 2023):

- Zwangerschapsmisligheid
- Hoge bloeddruk in zwangerschap
- Vroegtijdig gebroken vliezen
- Zwangerschapsvergiftiging
- Groevertraging baby
- Herhaaldelijk minder kindsbewegingen
- Afwijkingen bij het ongebooren kind die dagelijks controles behoeven
- Een belaste verloskundige voorgeschiedenis.

Secundaire doel betreft het reduceren van de kosten bij de betreffende groepen (met 10-20%).
 We verwachten dat ziekenhuizen samen jaarlijks 250 bevallingen meer kunnen uitvoeren door dit project.

VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)

De interventie betreft telemonitoring in hoog risicozwangerschappen. In het brancherapport van de NVZ wordt gerekend met 3,4% zwangeren dat in aanmerking komt voor thuismonitoring (250-350 per jaar). Bij telemonitoring krijgen zwangeren bepaalde meetapparatuur thuis waarmee zij samen met de arts de gezondheid van moeder en kind in de gaten houden. Het gaat om apparatuur om bloeddruk, hartslag en temperatuur (moeder) te meten en om CTG's (hartfilmpjes) van de baby maken. Op deze manier wordt het poliklinische bezoek en/of ziekenhuisopname omgezet in een thuisopname/online bezoek.
 Telemonitoring blijkt in verschillende studies (HOTEL/SAFE@HOME) effectief te zijn (op reductie polibezoek of ligdagen en dus kosten) en van gelijke kwaliteit (UMCU,

HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)

Indicator(en)?	Meetbaar ja/nee?	Hoe te meten?
CTG poli pp gem 2023 vs. 2022 Ligdagen pp gem. 2023 vs. 2022	Ja	ZIS – CTG's/polibezoeken en opnamedagen - BI
Kosten pp. Gem 2023 vs. 2022	Ja	ZIS – DBC: begeleiding graviditeit (Z41) – poli/CTG (product 159999019) en opname (product 159999017)

<p>Hotelstudie - https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/wetenschappelijk-onderzoek/hotel#menu-more</p> <p>SAFE@HOME: Cost analysis of a new care pathway including a digital health platform for women at increased risk of preeclampsia - PubMed (nih.gov) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31662396/</p> <p>Zwangeren zijn bovendien vaak blij dat ze in de eigen omgeving blijven en zelf de regie in handen houden.</p> <p>De keuze voor opname of telemonitoring zal voor een patiënt vrijwillig zijn. Wij verwachten dat tot 50% (aannee) van de zwangeren die in aanmerking komt van dit aanbod gebruik wil maken. Van de zwangeren die er gebruik van gaan maken, zal echter ook weer een deel, 50% (aannee), toch op de poli terecht komen of worden opgenomen in het ziekenhuis. Het te verwachte effect van telemonitoring bij deze indicaties is hiermee: 50%*50% is 25% afname polibezoeken OF ligdagen (afh. van indicatie).</p> <p>In principe zijn er voor de patiënt geen (extra) kosten, echter bij ziekenhuisopname gaat het bijv. WEL ten kosten van het eigen risico en bij telemonitoring NIET. Verschillende regioziekenhuizen maken al gebruik van thuis-CTG (bijv. Sense4Baby of Philips, o.a. OLVG, RKZ en Dijklander, zie ook: Thuismonitoring zwangerschap (dijklander.nl)). Ook wordt al geregeld vanuit huis de bloeddruk gemeten (bijv. via BP@HOME8).</p>	<p>Tevredenheid pp gem. 2023 vs. 2022</p>	<p>Ja</p>	<p>Vragenlijst – Zelf pp (deel Studie UMCU)</p>
<p>RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)</p>	<p>PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)</p>		
<p>- <i>Bekostiging</i> (opname basispakket en bijdrage opstartkosten)</p> <p>A. Deelname ZV werkgroep en nauwe terugkoppeling of deelname bestuurder vanuit werkgroep.</p> <p>B. Evidence voor effectiviteit en veiligheid (HOTEL-studie + overzicht literatuur)</p> <p>C. positieve business-case (mogelijk schaalvoordeel als meerdere huizen starten, incl. kosten onderhoud).</p> <p>- <i>Draagvlak specialisten, verpleegkundigen en zwangeren</i></p> <p>A. Deelname specialist en verpleegkundige (en vertegenwoordiging zwangeren) in werkgroep.</p> <p>B. Vanuit werkgroep terugkoppeling werkvloer voor uitwerking protocol. In ziekenhuize klein team TM oprichten.</p> <p>C. Ruimte in gebruik telemonitoring en werkwijze voor lokale invulling en planning.</p> <p>D. Keuze aan zwangere laten, niet aan arts of verpleegkundige</p> <p>- <i>Goed werkende en veilige apparatuur (ook qua bescherming privacy)</i></p> <p>A. Vergelijken aanbieders, beste kiezen</p> <p>B. Afspraken over vervanging en ook noodscenario uitwerken in werkwijze</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Oriëntatiefase</i> (Q2-Q42022) – Vormen werkgroep (geïnteresseerde) ziekenhuizen, vertegenwoordiging patiënten en Zilveren Kruis. Opstellen (eenvoudige) business-case en op maat maken interventie (o.a. polikliniek en/of opname) door o.a. verzamelen literatuur en gesprekken ziekenhuizen die dit al eerder hebben ingezet (namelijk UMCU, Dijklander en RKZ, OLVG, AMC). Daar al ontwikkelde materialen en lessen zullen als uitgangspunt worden gebruikt. Vervolgens maken afspraken over inzet bij welke indicaties en werkwijze. 2. <i>Uitrolfase</i> (2023 e.v.) – Na een trainingsfase wordt de interventie in twee of drie kleinere stappen uitgerold in de deelnemende ziekenhuizen. Werkgroep bespreekt overkoepelende knelpunten en faciliteert oplossingen. Waar nodig wordt opgeschaald naar COGAA of bestuurlijke overleg. 3. <i>Evaluatiefase</i> (1e half jaar 2024) – Zowel lokaal al regionaal vindt de analyse plaats op de gestelde primaire en secundaire indicatoren. Terugkoppeling wordt gegeven in COGAA. 		

C. Lokaal: Optimale inzet; optimalisatie spreiding van processen

PROJECT PLAN gebruik van bilicocoon thuis bij pasgeborene i.v.m. hyperbilirubinemie. COGAA II Intern Project				
Naam ziekenhuis: Amsterdam UMC Contactpersoon: Ine de Jonge jm.dejonge@amsterdamumc.nl Datum eerste versie: 15-02-2022 Datum laatste versie:				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
Fotherapie bij een pasgeborene met een gezonde kraamvrouw op de kraamafdeling kan d.m.v. gebruik van een bilicocoon thuis plaatsvinden, waardoor er meer opnamecapaciteit wordt gerealiseerd op de kraamafdeling.		Specifiek: a-terme pasgeborene met hyperbilirubinemie krijgt thuis fotherapie d.m.v. gebruik van een bilicocoon Meetbaar: aantal a-terme pasgeborenen met hyperbilirubinemie Acceptabel: wordt gedragen door betrokkenen zorgprofessionals, zorgverzekering Realistisch: bilicocoon, protocol, voorlichtingsfilm is aanwezig Tijdgebonden: start per 1 juni		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Pasgeborene die fotherapie nodig heeft, kan dit krijgen middels gebruik van een bilicocoon thuis, waardoor moeder en kind eerder met ontslag kunnen. Bilicocoon wordt uitgeleend vanuit de afdeling. Voorlichtingsfilmpje gebruik van bilicocoon. Dagelijks bloedcontrole op bilirubine door laborante bij pasgeborene thuis. Contact met de zorgverzekeraar Achmea ivm financiering.		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Opnamecapaciteit kraamafdeling wordt verhoogd	ja	Registratie
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
Samenwerking met kinderarts en 1 ^e lijn. Gezamenlijk opgesteld protocol. Aanwezigheid van een bilicocoon. Voorlichtingsfilm gebruik bilicocoon. Dagelijkse bloedcontrole door laborante bij pasgeborene thuis. Bruikleenovereenkomst bilicocoon vanuit juridisch adviseur organisatie.		Opstellen protocol 1 ^e kwartaal 2022. Bilicocoon is aanwezig. Voorlichtingsfilm is aanwezig. Contact met zorgverzekeraar Achmea 2 ^e kwartaal. Organiseren bloedcontrole door laborante 2 ^e kwartaal. Bruikleenovereenkomst opstellen door juridisch adviseur 2 ^e kwartaal. Communiceren betrokken zorgprofessionals 2 ^e kwartaal. Start per 1 juni 2022.		

PROJECT PLAN Optimalisering honorering epiduraal verzoeken – COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: BovenIJ Ziekenhuis Contactpersoon : J. Renooij + j.renooij@bovenij.nl Datum eerste versie: 10 febr 2022 Datum laatste versie: 3 mei 2022				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		ELSTELLING (SMART)		
De druk op verloskunde zorg in de regio is groot, als ziekenhuis moeten we veel aanbod van partus weigeren - Op dit moment geen 24 uur epiduraal beschikbaar Gevolg hiervan is dat de capaciteit mn in de nacht/ weekend niet optimaal wordt benut.		Het optimaal benutten van interne capaciteit door verkrijgen 24/7 epiduraal We verwachten, bij voldoende personele capaciteit, 150 - 200 partussen op jaarbasis extra aan te kunnen.		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Optimalisering honorering epiduraal verzoeken		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Aantal gehonoreerde epiduraal verzoeken	Ja	Registratie HiX
		Aantal partus	ja	Registratie HiX
		weigeringen epiduraal verzoeken	Ja	Worden "handmatig" geregistreerd
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
Afstemmen met anesthesie en management over personele beschikbaarheid <ul style="list-style-type: none"> - Beschikbaarheid anesthesist - Beschikbaarheid anesthesie medewerker - Beschikbaarheid Obstetrisch verpleegkundige welke mee kan naar OK (of extra Obstetrisch verpleegkundige en prikken op de afdeling) 		Februari overleg management en anesthesie 1 Maart start met "pilot" 1 April na evaluatie volledig implementeren		

PROJECT PLAN Snellere doorstroom van verloskunde naar kraam naar huis – COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: BovenIJ Ziekenhuis Contactpersoon: J. Renooij + j.renooij@bovenij.nl Datum eerste versie: 13 febr 2022 Datum laatste versie: 3-5				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
De druk op verloskunde zorg in de regio is groot, als ziekenhuis moeten we veel aanbod van partus weigeren. Dit komt mede door een te kort in verpleegkundigen Door de ligduur op de kraamafdeling te verkorten komt er meer verpleegkundig personeel vrij voor zorg gedurende de baring.		Het optimaal benutten van verpleegkundig personeel voor inzet bij partus 1) We verwachten dat implementatie fast track sectio's 50 opname capaciteit scheelt per nacht per jaar. Hierdoor ontstaan op jaarbasis 50 opname plekken. 2) volgt 3) verkorten observatieduur meconium is on hold zal niet worden uitgevoerd 4) We verwachten een vermindering van 40 opnames op jaarbasis 5) nieuw glucose protocol evaluatie geeft aan dat dit geen mindering zal geven op de opname capaciteit 6) Stabiele neonaten met SV naar huis .Max 20 neonaten 7 dagen korter opname, geeft op jaarbasis extra capaciteit aan 110 partussen op jaarbasis		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Verkorten ligduur kraamafdeling door: 1) Implementeren fast track sectio 2) Standaardiseren observatie duur na PK partus tot max 2 uur (ook in de avond/nacht) 3) verkorten observatie duur meconium 4) verkorten observatie duur bij SSRI gebruik 5) Evalueren nieuwe glucose protocol 6) Stabiele neonaten met sondevoeding ontslaan		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Oponameduur postpartum	ja	Registratie HiX
		Aantal partus	ja	Registratie HiX
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
Aanpassen protocollen observatie post partum - afstemming hierover met kinderartsen - afstemming met kraamzorg thuis over sneller ontslag - implementeren fast track sectio protocol op de afdeling		FTS - februari overleg management, gynaecologen en kinderarts Maart start implementeren fast track sectio bij electieve sectio's April implementeren fast track sectio bij secundaire sectio's 2) Standaardiseren observatie PK partus tot max 2 uur – met name zorgen dat eigen personeel hiervan is doordrongen en hierna handelt – gedurende 24/7 – per direct 3/4/5/6 in overleg met kinderartsen komende halfjaar		

PROJECT PLAN Verplaatsen consulten van verloskunde naar kraamsuites – COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: BovenIJ Ziekenhuis Contactpersoon: Jacques Renooij + j.renooij@bovenij.nl Datum eerste versie: 10 febr 2022 Datum laatste versie: 17 februari 2022				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
De druk op verloskunde zorg is in de regio groot, als ziekenhuis moeten we veel aanbod van partus weigeren, gedurende de dag, maar ook in de avond zijn 1 á 2 verloskamers regelmatig bezet ivm consulten		Het optimaal benutten van interne capaciteit en procedures Specifiek: verplaatsen consulten van VK af naar de kraamsuites (waar op dit moment wel capaciteit genoeg is)		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Verplaatsen consulten van de verloskamers naar de kliniek		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Aantal consulten	Ja	HiX
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
Inzet OG verpleegkundige regelen – middels “geoormerkt” basis rooster Optimaliseren werk en behandelruimte synchroniseren agenda		Febr – toestemming uitbreiding formatie met 1,3 fte Febr. Personeel benaderen en rooster opstellen Febr. Werkkamer inrichten o.a 2 ^e PC – telefoon Febr. Werkproces inrichten Maart start – dagelijkse evaluatie April definitieve implementatie		

PROJECT PLAN Fast track sectio – COGAA II – INTERN PROJECT				
Naam ziekenhuis: Amstelland Contactpersoon: Sharon Snijder s.snijder@zha.nl en Jan-Willem v.d Brink j.vandenbrink@zha.nl Datum eerste versie: 14-02 2022 Datum laatste versie:				
PROBLEEMSTELLING (welk specifiek knelpunt wordt hier opgelost?)		DOELSTELLING (SMART)		
Door moeders 24 uur na sectio met ontslag te laten gaan is er sprake van doorstroming op de verloskamers en afdeling.		Binnen 3 maanden is het standaard dat een moeder 24 uur na de sectio met ontslag gaat, rekening houdend met de omstandigheden.		
VOORGESTELDE OPLOSSING (wat is de interventie?)		HOE HET EFFECT TE METEN (wat zijn de uitkomsten?)		
Overstappen van een PCA pomp, naar het toedienen van dipidolor in shotjes. Naast de dipidolor, adequate pijnstilling in de vorm van paracetamol en diclofenac.		Indicator(en)	Meetbaar ja/nee	Hoe te meten?
		Ligduur verkorting	ja	Cijfers ligduur
		Meer ruimte op de afdeling	ja	Minder weigeringen, overplaatsingen.
RANDVOORWAARDEN (wat is nodig voor succes en hoe is dat geborgd?)		PLANNING/FASERING (wat is de planning? Mogelijk in deelstappen/fases)		
(denk o.a. interne samenwerking, communicatie) <ul style="list-style-type: none"> • Kraamzorg is geregeld voor de patiënt thuis. • Adequate overdracht naar de verloskundige • Protocol toedienen dipidolor. • Werkinstructie; voorwaarden ontslag 24 uur na sectio. • Documentatie wordt bijgehouden wie, wanneer met ontslag is gegaan. • Gynaecologen nemen dit mee in hun voorlichting op de poli en visite lopen. • Verpleegkundigen nemen dit mee in hun opname gesprek. • Dit project is haalbaar met een score van 8 • Er is voldoende tijd en mankracht om dit uit te voeren • Het gaat financieel geld opbrengen, doordat je een betere doorstroming hebt. Dipidolor is goedkoper dan een PCA- morfine pomp. • Intern is er voldoende draagvlak. De gynaecologen, anesthesisten en verpleegkundigen zijn op de hoogte. 		<ul style="list-style-type: none"> • Anesthesist maakt een protocol m.b.t. dipidolor • Vanaf 1 maart overstappen op dipidolor. • Werkinstructie maken. • Registratie ontslagen wie, wanneer. • Evaluatie na 3 maanden. 		