

Protocol VSV ADRZ

Richtlijn Casemanager

Datum invoering : 2026

Datum revisie : 2031

Inleiding en achtergrond:

De casemanager heeft primair de taak om ten behoeve van de zwangere professionele zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot maximaal zes weken na de bevalling voor moeder en tot en met de tiende dag na de bevalling voor de pasgeborene." (Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, 2016).

De casemanager garandeert continuïteit, specifiek bij overdrachtsmomenten. Hij/zij draagt bij aan zorg op het juiste moment door de juiste persoon op de juiste plaats en realiseert dat de cliënt in iedere fase van de zwangerschap exact weet wie zij waarvoor moet benaderen, in acute en reguliere situaties.

Als een multidisciplinaire netwerksamenwerking goed gecoördineerd is door een casemanager, verbetert dit de kwaliteit van zorg, is de patiënttevredenheid hoger, is er meer efficiëntie en zijn de kosten lager (Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role, 2017).

Doel:

- Het informeren van de zwangere over haar rechten, het ondersteunen van de eigen rol van de zwangere tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode en het haar wegwijs maken in het systeem van integrale geboortezorg, zodat zij zo veel mogelijk zelfregie kan uitoefenen.
- Hierdoor is het gemakkelijker een vertrouwensband op te bouwen en is de verloskundige beter op de hoogte van de persoonlijke situatie van de zwangere. Vooral bij kwetsbare zwangeren is dit een meerwaarde.
- De zorg wordt op basis van één gezamenlijke en individueel zorgplan (op basis van vsv protocollen) aan zwangeren aangeboden. Het beleid rondom zwangerschap en baring wordt indien nodig tijdens gezamenlijk overleg (gynaecologenoverleg na intake 1^e lijn) gemaakt/aangepast en in het dossier vermeld. De zorgverleners stemmen met cliënte/ patiënte én met elkaar af. Alles gebeurt met betrokkenheid, toestemming en keuzevrijheid van cliënte/ patiënte. Zorg wordt aangepast aan situatie, vragen en wensen van cliënte/ patiënte.
- Bij integrale samenwerking is het belangrijk om het casemanagement binnen de keten goed over te dragen, waardoor de cliënt goed wordt opgevolgd.

Toepassingsgebied:

Obstetrie. Zwangeren, die worden opgevolgd in de eerste en/of tweede lijn.

Definitie:

Casemanager is de persoon die direct betrokken is bij de zorgverlening van de cliënt en die primair de taak heeft om de zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode in samenwerking met zijn of haar collega's.

Algemene opmerkingen:

Geen

Werkwijze:

- De casemanager is een eerstelijns verloskundige wanneer de cliënt bij aanvang onder controle is in de eerste lijn, na een overdracht is de klinisch verloskundige of gynaecoloog de casemanager. Indien de zwangerschap vanaf het begin in de tweede lijn wordt begeleid is de casemanager een klinisch verloskundige (in de toekomst een PA verloskundige) of gynaecoloog (alleen in uitzonderlijke gevallen).
- De casemanager is in beginsel de verloskundige, die de intake afneemt. Dit wordt in het dossier vastgelegd. Hier kan onderbouwd van worden afgeweken indien nodig (bijvoorbeeld als altijd dezelfde verloskundige(n) in een praktijk de intakes afneemt).
- Voor de zwangere dient helder te zijn wat de rol van casemanager inhoudt en dat deze rol niet betekent dat deze zorgverlener ook alle consulten doet en/of bij de partus aanwezig is. Dit laatste zal altijd de dienstdoende verloskundige of gynaecoloog (bv bij primaire sectio) zijn.
- Is het aanspreekpunt voor de cliënt, is haar contactpersoon bij onduidelijkheden en kan een vertrouwenspersoon voor de cliënt zijn. De casemanager vervult deze taken als zij zelf spreekuur of dienst heeft, indien spoed vervult de dienstdoende collega deze taak.
- De casemanager (of degene die de intake doet) stelt samen met de zwangere haar individuele zorgpad samen. Het plan sluit aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft de belangrijke momenten en afspraken tijdens de zwangerschap. Een eerste versie van dit zorgpad is uiterlijk in de 16^e week van de zwangerschap voor zowel de zwangere als de betrokken zorgverlener(s) schriftelijk beschikbaar. Eventueel overleg met de gynaecoloog op het gynaecologenoverleg vindt plaats indien nodig.
- De continuïteit van zorg staat voorop waardoor ook in situaties dat de zorg wordt overgenomen door een andere collega de zorg met goede kwaliteit gegeven kan worden, doordat iedereen op de hoogte is van het zorgpad dat is opgesteld door de casemanager (of collega). Dit is bijvoorbeeld in een overname van zorg of in een acute situatie van belang. Dan zal, in overleg met de zwangere, de verloskundige die hierbij een actieve rol speelt het contact begeleiden en zorgdragen voor de overdracht.
- Houdt overzicht op onderzoek en behandeling van andere zorgverleners, daar waar dit relevant is voor het verloop van de zwangerschap. Doet regelmatig (eventueel samen met de collega's) een dossiercheck of de zorg goed is afgestemd op de cliënt.
- Informeert andere betrokken zorgverleners over relevante zaken over het verloop van zwangerschap, baring en kraambed. Dit kan ook door de collega's worden gedaan, indien de zwangere niet op korte termijn door de casemanager gezien wordt op het spreekuur.

- Is contactpersoon op haar werkdagen voor andere zorgverleners en instanties die betrokken zijn bij het zorgtraject van de cliënt. Indien spoed, dan wordt de dienstdoende benaderd.
- Schakelt zo nodig maatschappelijk werk of andere hulpverlening in bij sociale problematiek. Kan eventueel ook door collega's worden gedaan.
- Zet zo nodig de cliënt op het multidisciplinair overleg.
- Indien nodig wordt de kinderarts op de hoogte gebracht van het zorgpad van de zwangere. Dit zal over het algemeen in niet acute situaties gedaan worden: in 1^e lijn door de casemanager (of collega) en in 2^e lijn via icc kinderarts door de klinisch verloskundige/gynaecoloog. Hiervan wordt een notitie gemaakt in de HIX/zwangerschapskaart, zodat iedere zorgverlener zich kan inlezen en dus op de hoogte is van de actuele gang van zaken.
- In de eerste lijn zal bij 30-32 weken de kraamzorg een intake bij de zwangere verrichten. Deze wordt teruggekoppeld aan de praktijk en waar nodig zal de praktijk hier acties op ondernemen.
- De casemanager ondersteunt de zwangere bij haar keuze en adviseert bij een medische of sociale indicatie over een bevalling in het ziekenhuis (kan ook door een collega).
- Bij een consult of overdracht naar de 2^e lijn zal de actuele zwangerschapskaart worden overhandigd/per mail, HUB opengezet, zodat alle informatie compleet is. De 2^e lijn is verantwoordelijk dat het vervolg van zorg teruggekoppeld wordt aan de praktijk, bij voorkeur telefonisch of per mail via HIX (in toekomst via baby connect).
- In de eerste lijn draagt de parteur er zorg voor dat in de eerste dagen na de bevalling de huisarts van de kraamvrouw op de hoogte wordt gesteld van de bevalling. In de 2^e lijn krijgt de huisarts via HIX, bij ontslag van de kraamvrouw de partusbrief.
- De kraambedcontroles (uitgevoerd door verpleegkundige in het ziekenhuis en/of kraamzorg thuis) worden gesuperviseerd door de dienstdoende verloskundige en/of gynaecoloog. Rond de 10e dag zal de zorg voor de neonat worden overgedragen aan het CJG. Dit is de verantwoordelijkheid van de dienstdoende verloskundige (1^e lijn)/verpleegkundige (2^e lijn).
- Extra contactmomenten met de zwangere kunnen nodig zijn (bijvoorbeeld telefonisch). Dit zal over het algemeen in niet acute situaties gedaan worden door de casemanager of anders door haar collega's. Uitgangspunt is dit zo veel mogelijk door een en dezelfde persoon te laten doen. Hiervan wordt een notitie gemaakt in de zwangerschapskaart en staat tevens benoemd in de overdracht, zodat iedere zorgverlener zich kan inlezen en dus op de hoogte is van de actuele gang van zaken.
- De nacontrole 6 weken post partum wordt bij een ongecompliceerde baring afgesproken bij de verloskundige: dit is in principe de parteur of casemanager, behalve als de cliënte expliciet met een andere zorgverlener de nacontrole wil doen. Bij problematiek rondom de baring is het nadrukkelijk gewenst de nacontrole bij de parteur af te spreken:

Vaste contact momenten tussen cliënte en casemanager

- Bij intake neemt de casemanager de medische, psychische en sociale anamnese af (kan in de 1^e lijn ook anders georganiseerd zijn).
- Bij gecompliceerde zwangerschappen is er frequenter contact tussen cliënt en casemanager
- NB het wordt aan de cliënt gelaten of de casemanager ook de nacontrole doet of dat de parteur dat doet

Aandachtspunten

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

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

Benodigheden:

Digitaal dossier.

Verwijzing en terugverwijzing:

Bij verwijzing naar eerste en/of tweede lijn bij een zwangere wordt het opgestelde zorgpad zorgvuldig nagelopen om de continuïteit van zorg te garanderen.

Bevoegdheid:

Eerste en tweedelijns verloskundigen en gynaecoloog.

Literatuur:

Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale geboortezorg*. Utrecht.

Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. (2017). *Midwifery*, pp. 50-55.

Auteurs:

Farideh Mostafai Alai, PA verloskundige

Marjelle Jacobsen, eerstelijns verloskundige

