

		Titel Beheersplan regionale capaciteit acute geboortezorg		
		Dienst/afdeling Acute Zorg Euregio		
Versie 2.0	Status Definitief	Datum 07-07-2025	Pagina 1 van 11	

Achtergrond

Wanneer er sprake is van een disbalans tussen de vraag naar en het aanbod van zorg is dit een bedreiging voor de zorgcontinuïteit. Zorginstellingen dienen over plannen te beschikken, waarin maatregelen staan beschreven die de zorgcontinuïteit ook onder bijzondere omstandigheden garanderen. Ten aanzien van de acute zorgketen ligt een bredere, regionale, verantwoordelijkheid bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en gezien de onderlinge afhankelijkheden in de acute (geboortezorg)keten is afstemming en bovenregionale samenwerking noodzakelijk. Afspraken over deze samenwerking in ROAZ Euregio staan beschreven in het [Regionaal zorgcontinuïteitsplan](#). Het zorgcontinuïteitsplan beschrijft op hoofdlijnen regionale afspraken over het proces rondom sturing en coördinatie, overlegstructuren, communicatie, informatievoorziening en het nemen van kritieke besluiten bij (dreigende) zorgcontinuïteitsproblemen. Het zorgcontinuïteitsplan vervangt daarmee geen bestaande plannen of procedures, maar borgt een (boven)regionale uniforme werkwijze.

Specifiek voor de regionale capaciteitsproblemen in de acute geboortezorgketen is dit beheersplan tot stand gekomen, waarin de uitgangspunten uit het Regionaal zorgcontinuïteitsplan de basis vormen.

De projectgroep beheersplan capaciteit acute geboortezorg heeft in het escalatiemodel (onderdeel van dit plan) per fase de criteria voor opschaling, het coördinatie niveau en de besluitvorming beschreven. In de bijlage zijn per fase maatregelen uitgewerkt, die kunnen worden ingezet om een zorgcontinuïteitsprobleem te voorkomen. In het capaciteitsoverleg geboortezorg wordt besproken welke maatregelen minimaal moeten zijn genomen, voordat kan worden opgeschaald naar een volgende fase. Het beheersplan, inclusief escalatiemodel, wordt besproken in Tactisch ROAZ geboortezorg en vervolgens vastgesteld in bestuurlijk ROAZ.

In de [Leidraad Wijziging Aanbod Acute Zorg](#) van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) staan taken en acties beschreven voor individuele zorgaanbieders en het ROAZ wanneer een zorgaanbieder een voornemen heeft tot een wijziging in het aanbod van acute zorg. Deze leidraad is gebaseerd op de wettelijke kaders opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) Acute Zorg en bijbehorende ministeriële regeling, onder het uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg (Wkkgz). Volgens de wettelijke kaders heeft het besluitvormingsproces bij een voornemen tot wijziging in de acute zorg betrekking op het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen (waaronder SEH, acute verloskunde, spoedpoli), huisartsenposten, beoordelingslocaties acute GGZ en dienstapotheken. In ROAZ Euregio hebben we in 2023 met elkaar afgesproken dat een vergelijkbaar proces gevolgd wordt bij een voorgenomen wijziging in het aanbod van acute zorg van andere zorgaanbieders dan expliciet benoemd in de AMvB en ministeriële regeling. In ROAZ Euregio hanteren we daarom voor alle ketenpartners de [Regionale werkwijze bij tijdelijke wijziging aanbod acute zorg](#). Wijzigingen bij andere zorgaanbieders kunnen namelijk ook gevolgen hebben voor ketenpartners in het ROAZ.

Doel

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute geboortezorg bij capaciteitsproblemen in de regio te bewaken en te borgen.

Afbakening

Dit plan is van toepassing op:

- alle zorgaanbieders van acute geboortezorg in Twente en de Oost Achterhoek:
 - Ziekenhuizen MST, SKB en ZGT
 - Kring van eerstelijns verloskundigen Twente en Oost Achterhoek
 - Kraamzorgorganisaties

Definitie en uitgangspunten¹

Er is sprake van een regionaal zorgcontinuïteitsprobleem als patiënten niet in de eigen ROAZ-regio geholpen kunnen worden voor (acute) zorg, door een disbalans tussen vraag en aanbod. Bij een (dreigend) zorgcontinuïteitsprobleem worden afspraken gemaakt op basis van de volgende uitgangspunten:

- De patiënt in de acute zorgketen krijgt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plaats en wordt zo min mogelijk verplaatst.
- Organisaties zijn primair verantwoordelijk voor de eigen bedrijfsvoering en zorg voor patiënten;

¹ Gebaseerd op de uitgangspunten in het Regionaal zorgcontinuïteitsplan

- Organisaties zijn in het ROAZ verantwoordelijk voor het gezamenlijk organiseren en bieden van acute zorg en het garanderen van de toegang tot acute zorg;
- Acute zorg gaat vóór planbare zorg die uit te stellen of te verplaatsen is; *we kijken kritisch naar het moment van verplaatsen van zorg, waarbij we zoveel mogelijk verplaatsingen durante partu voorkomen;*
- We zoeken naar oplossingen die bijdragen aan het beheersen van instroom en het bevorderen van door- en uitstroom in/uit de acute zorg;
- Regionale zorgcontinuïteit gaat vóór individuele productie;
- Organisaties zijn er zelf voor verantwoordelijk om intern goede afstemming te organiseren tussen afgevaardigden vanuit de eigen organisatie die deelnemen aan de verschillende overleggen binnen de overlegstructuur van ROAZ Euregio.
- Conform de ROAZ-procedure [Communicatie \(dreigend\) capaciteitstekort ziekenhuizen Netwerk Acute Zorg Euregio](#) blijft een ziekenhuis altijd toegankelijk voor de opvang van niet-gestabiliseerde patiënten die per ambulance worden vervoerd. Dit geldt ook voor het ongeboren kind. Een opnamestop kan verantwoord zijn, maar een opvangstop nooit.

Besluitvormingsstructuur

Op het moment dat de regionale continuïteit van de geboortezorg onder druk staat en meerdere instellingen in de keten een capaciteitsprobleem hebben, hanteren we de besluitvormingsstructuur, zoals verderop in het escalatiemodel per fase is uitgewerkt.

Deze sluit aan bij de besluitvormingsstructuur in het Regionaal zorgcontinuïteitsplan en het [ROAZ Euregio structuurdocument](#).

In het regionaal capaciteitsoverleg acute geboortezorg, vindt op sectorniveau afstemming plaats over beschikbare capaciteit en op welke manier deze capaciteit ingezet kan worden. De zorgorganisaties die zijn aangesloten bij VSV Twente en VSV Oost Achterhoek zijn hierin vertegenwoordigd.

Met het oog op vlotte en efficiënte communicatie, betrokkenheid en voldoende flexibiliteit wordt iedere organisatie in principe vertegenwoordigd door één deelnemer in het overleg.

Als de deelnemer niet aanwezig kan zijn, laat deze zich vertegenwoordigen door een collega met voldoende inhoudelijke kennis. De deelnemer is er in dat geval zelf verantwoordelijk voor om dit tijdig te melden bij Bureau Acute Zorg Euregio en om voorafgaand aan de vergadering afstemming te zoeken met de vertegenwoordiger.

De deelnemers hebben de volgende taken:

- Aanwezig te zijn bij vergaderingen van het capaciteitsoverleg
- Voorafgaand aan het overleg binnen hun organisatie het beeld op te halen en dit in te brengen in het overleg
- Op een constructieve manier bij te dragen aan het overleg en de adviezen richting tactisch ROAZ Euregio en bestuurlijk ROAZ Euregio.

Zoals eerder beschreven is het ROAZ verantwoordelijk voor de borging van de continuïteit van acute zorg in de keten. Dit geldt ook wanneer er een toenemende druk op de continuïteit van acute zorg in de keten ontstaat. We spreken dan van een crisis.

De bestaande ROAZ overlegstructuren worden ten tijde van een crisis zoveel mogelijk benut om afspraken te maken over de toegang en continuïteit van de acute zorg. Gelet op de behoefte aan snelle(re) besluitvorming kan besluitvorming op onderdelen verplaatst worden naar een ander overleg binnen het ROAZ. Indien nodig kan daarvoor de samenstelling van dat overleg gewijzigd worden zodat deelnemers met mandaat aangesloten zijn. Net als in de reguliere situatie wordt de crisis-overlegstructuur gefaciliteerd door Bureau Acute Zorg Euregio.

Escalatiemodel

Fase 1	De continuïteit van de acute geboortezorg is niet in het geding
Criteria voor opschaling	n.v.t.
Coördinatie-niveau	Binnen eigen instelling/organisatie. Regionaal capaciteitsoverleg acute geboortezorg komt 1x per kwartaal bijeen om te monitoren. ROAZ bureau faciliteert dit.
Besluitvorming	n.v.t.
Communicatie	n.v.t.

Fase 2 ²	De continuïteit van de acute geboortezorg is in één instelling en/of discipline in het geding
Criteria voor opschaling	Ziekenhuispersoneel of ambulancedienst, eerstelijnsverloskundigen of kraamverzorgenden kampen met capaciteitsproblemen. De continuïteit van de gehele acute keten is niet in het geding, wel bij individuele organisaties en/of disciplines.
Coördinatie-niveau	In het regionaal capaciteitsoverleg acute geboortezorg kan (naar behoefte) besloten worden om de frequentie te verhogen. (bijvoorbeeld 1x per maand)
Besluitvorming	- Individuele organisaties en/of disciplines nemen zelf besluiten over in te zetten maatregelen (zie bijlage 1), ter voorkoming van een acuut zorgcontinuïteitsprobleem in hun instelling/organisatie. Het besluit om bepaalde maatregelen te nemen wordt gedeeld in het capaciteitsoverleg acute geboortezorg. - Indien een organisatie overgaat tot het afschalen en/of verplaatsen van acute zorg, worden de stappen van de 'Regionale werkwijze bij (tijdelijke) wijziging aanbod acute zorg gevolgd'. Op basis van die criteria stelt een instelling desgewenst een continuïteitsplan op. Dit plan wordt gedeeld en besproken in tactisch ROAZ (geboortezorg) en bestuurlijk ROAZ.
Communicatie	Elke organisatie is zelf verantwoordelijk voor goede communicatie naar de patiënt en/of inwoner daar waar de omstandigheid enkel de eigen organisatie betreft.

Fase 3	De continuïteit van de acute geboortezorg is in meerdere instellingen en/of disciplines in het geding
Criteria voor opschaling	Meerdere sectoren (ziekenhuispersoneel, verloskundigen, kraamzorg, ambulancedienst) kampen met onvoldoende capaciteit. <u>De continuïteit van de gehele acute keten is in het geding</u> . Afschalen en/of verplaatsen van planbare zorg is nodig om de spoedzorg te kunnen blijven bedienen.
Coördinatie-niveau	Capaciteitsoverleg acute geboortezorg komt vaker bijeen. Frequentie naar behoefte.
Besluitvorming om over te gaan naar fase 3 (of om terug te gaan naar fase 2)	Het capaciteitsoverleg acute geboortezorg komt bijeen om te beoordelen of moet worden opgeschaald naar fase 3 (oranje) en werkt het voorstel tot opschalen uit voor tactisch ROAZ geboortezorg. Desgewenst sluit één van hen aan bij het tactisch ROAZ geboortezorg-overleg, om het voorstel mondeling toe te lichten. - Uitgangspunt is dat de maatregelen/acties uit fase 2 (geel) zijn uitgevoerd, alvorens kan worden opgeschaald naar fase 3 (oranje). Individuele organisatie of het capaciteitsoverleg acute geboortezorg kan hier gemotiveerd van afwijken, wanneer zij concludeert dat het inzetten van meer maatregelen niet leidt tot een oplossing voor het probleem. - Indien organisaties overgaan tot het afschalen van acute zorg, worden de stappen van de 'Regionale werkwijze bij (tijdelijke) wijziging aanbod acute zorg gevolgd'. Op basis van die criteria stelt een instelling desgewenst een continuïteitsplan op. Dit plan wordt gedeeld en besproken in bestuurlijk ROAZ.

² Fase 2 en 3 in dit escalatiemodel zijn samen fase 2 in het Regionaal zorgcontinuïteitsplan

	Wanneer sprake is van knelpunten en/of verschillende belangen en er geen overeenstemming is over het uit te werken advies, worden er meerdere adviezen uitgewerkt en voorgelegd aan tactisch/bestuurlijk ROAZ.
Communicatie	Tot regionale externe communicatie wordt overgegaan als men vermoed dat plotselinge veranderingen in het aanbod van acute geboortezorg ertoe kunnen leiden dat er maatschappelijke onrust ontstaat. Indien regionale externe communicatie gewenst is, wordt dit georganiseerd vanuit het ROAZ conform de afspraken in bijlage 1.

Fase 4	Er is sprake van een acuut (sub)regionaal zorgcontinuïteitsprobleem (noodscenario). 24/7 acute geboortezorg kan, gedurende minimaal 3 aaneengesloten dagen, niet worden gewaarborgd in de bestaande structuren.
Criteria voor opschaling	- Ondanks het maximaal afschalen en/of verplaatsen van planbare zorg, is er onvoldoende capaciteit om de spoedzorg te kunnen garanderen in de (sub)regio³. - Concentratie van alle (acute) geboortezorg, <u>in één centrum in de (sub)regio</u>, is de laatste mogelijkheid en draagt aantoonbaar bij aan het kunnen waarborgen van veilige acute geboortezorg.
Coördinatieniveau	Capaciteitsoverleg acute geboortezorg en tactisch ROAZ geboortezorg komen vaker bijeen om de situatie te monitoren. Frequentie naar behoefte.
Besluitvorming om over te gaan naar fase 4 (of om terug te gaan naar fase 3)	- Het capaciteitsoverleg acute geboortezorg werkt een voorgenomen besluit tot opschalen naar fase 4 (rood) uit voor tactisch ROAZ geboortezorg. Tactisch ROAZ geboortezorg adviseert het bestuurlijk ROAZ over dit voorgenomen besluit. Bestuurlijk ROAZ neemt het uiteindelijke besluit om op te schalen naar fase 4 (rood). Desgewenst kan een afvaardiging van het capaciteitsoverleg aansluiten om het voorgenomen besluit toe te lichten. - Wanneer sprake is van knelpunten en/of verschillende belangen en er geen overeenstemming is over het uit te werken advies, worden er meerdere adviezen uitgewerkt en voorgelegd aan tactisch/bestuurlijk ROAZ.
Communicatie	Bij inzet van het noodscenario, wordt namens de gehele acute geboortezorgketen gecommuniceerd vanuit het ROAZ. Zie bijlage 1: afspraken communicatieproces

³ Een sub-regio kan zijn; sub-regio Twente of sub-regio Oost Achterhoek, maar ook een ziekenhuisregio met omliggende eerstelijns verloskundigenpraktijken

Bijlage 1: Mogelijke maatregelen en acties, passend bij de verschillende fases in het escalatiemodel

Fase 1; De continuïteit van de acute geboortezorg is niet in het geding			
Scenario	Maatregel	Acties	Consequenties
	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Fase 2; De continuïteit van de acute geboortezorg is in één instelling en/of discipline in het geding			
Scenario	Maatregel	Acties	Consequenties
<i>Te kort aan eerstelijns verloskundigen; tweedelijns capaciteit is op orde</i>	Concentreren van spreekuur en spoedpost voor eerstelijns verloskundige zorg. Thuispartussen vinden nog gewoon thuis plaats.	- Praktijken vangen onderling de zorg voor elkaar op. <u>Twente</u>: Kring wijst één locatie (bijv. verloskundige praktijk) aan als verloskundige post voor de eigen kring <u>Oost-Achterhoek</u>: Draaiboek capaciteitstekort 1^e lijn van toepassing (3 faseringen) Laatste fase: verloskundigenpost Wel- en Wee wordt aangewezen als post voor de eigen kring. - Werkafspraken en rooster voor organisatie van geplande en ongeplande zorg	Eerstelijns zorg in regio georganiseerd. Geen voorziene impact op tweedelijnszorg, kraamzorg en ambulancedienst Per subregio heeft de eerstelijns een noodplan in geval van tekorten. Indien meer intensief moet worden samengewerkt met de tweedelijns, wordt beoordeeld of acties in dit plan passen binnen die samenwerking, of dat in overleg aanpassing nodig is.
	Aanpassen van rooster voor gynaecologen en (PA) verloskundigen	Gynaecologen, verloskundigen en arts. ass. kijken doorlopend naar efficiënte inzet van personeel, waarbij de kritische functies prioriteit krijgen. Inzet van 12 uur wordt overwogen waarbij CAO afspraken in ogenschouw worden genomen.	Aanpassen van rooster en dienstpatroon waar nodig.
	Aanpassen van rooster voor obstetrische verpleegkundige	- Indien voorhanden, inzet van oud-collega's voor gaten in dienstlijst. - kort sectorrooster (max 2 per dag) - Maximale taakverschuiving zoeken van alle disciplines (gynaecologen ondersteunen verloskundigen, verloskundigen ondersteunen verpleegkundigen, inzetten van VIO's op deeltaken van de obstetrie verpleegkundige	Volgens beleid HR aanname en scholing.
	Taakherschikking en opleiden	- Daar waar mogelijk inzet algemeen vpk. en trainees d.m.v. taakherschikking - Oproep aan gecertificeerd personeel dat inmiddels elders werkzaam is, om (enkele) diensten op te vullen - Maximaal opleiden, overweeg ook boven formatief opleiden	

		Alle beschikbare handen aan bed. Scholingen en werkgroepen zonder noodzaak on hold.	
	Bestaande overlegstructuur tussen ziekenhuizen intensiveren	- Dagelijks overleg tussen coördinatoren MST, SKB en ZGT met als doel zoveel mogelijk beschikbare bedden capaciteit te genereren voor spoedzorg, inclusief neonatologie. Er is: - Onderlinge afstemming over inzet en sluiten geboortekamers. - Onderlinge afstemming over het spreiden van planbare zorg, zoals inleidingen en geplande sectio's, waarbij er ruimte blijft voor spontane baringen.	
	Instroom reguleren	Regionale, uniforme afspraken maken over indicaties voor inleidingen. Kritisch kijken naar de meest efficiënte manier van zorg verlenen.	
	Aanpassen werkafspraken poliklinische baringen.	Uitgangspunt: Eerstelijns verloskundige en coördinator tweede lijn overleggen zorgvuldig wat een geschikt moment is om naar het ziekenhuis te komen. Indien geen plek wordt uitgeweken naar een ander ziekenhuis.	Actie: beschrijving van de communicatielijn praktijk – ziekenhuizen wat betreft beschikbare capaciteit (eenduidige en efficiënte communicatieroute)
	Beschrijven van werkafspraken MR partussen, overweeg substitutie van zorg	Indien poliklinische partus klinisch wordt, vind overleg plaats of baringsondersteuning door de eerstelijns voortgezet kan worden.	Actie: op sub-regio (ziekenhuis) niveau is uitgewerkt wie verantwoordelijk is bij welke MR baringen en waar ruimte ligt om taken te verschuiven.
	Bespoedigen doorstroom	Afstemming met kraamzorgaanbieder of cliënt na ontslag 's avonds / 's nachts (digitale) zorg kan ontvangen. Op basis daarvan bepalen of wel/geen ontslag mogelijk is.	
	Verbeteren inzage capaciteitsgegevens ziekenhuizen	- Inzicht in beschikbare capaciteit via LPZ: - Inzicht in capaciteit ziekenhuizen eigen regio - Inzicht in capaciteit ziekenhuizen 1^e schil (en verder) over de ROAZ grenzen heen	In geval van afschalen van geboortekamers volgt men de afgesproken regionale communicatielijn, zie bijlage 2. ZGT informeert daarnaast ook Deventer/Hardenberg over tijdelijke afschaling. Finaliseren betrouwbaar real-time inzicht in LPZ geboortezorg
<i>Kraamzorgorganisaties hebben een tekort aan LIP uren te verlenen. Moeten</i>	Indien afschalen naar minder dan 24 uren zorg nodig is: overleg binnen het KSV om alle	Iedere kraamzorgorganisatie is verantwoordelijk voor ingeschreven zwangeren en	Geen garantie LIP uren cq mindering van kraamzorgdagen

afschalen naar minder uren zorg. (24 uur is gegarandeerd = basiskwaliteitszorg)	lopende zorgaanvragen te verdelen.	zorgverlening en bieden zorg op maat. Er wordt gebruik gemaakt van e-health en beeldbellen (inrichting verplicht per 1-4-2025), zodat acht tot tien dagen wordt gewaarborgd.	Basiskwaliteit zorg kan blijvend worden geboden.
Partusassistentie kan niet geleverd worden doordat alle dienstdoende partusassistenten reeds zijn ingezet.	Er wordt een beroep gedaan op de (speciaal voor deze situatie aangelegde) noodlijst voor partusassistenten.		

Fase 3; De continuïteit van de acute geboortezorg is in meerdere instellingen en/of disciplines in het geding

Scenario	Maatregel	Acties	Consequenties
Een gelijktijdig capaciteitstekort in de eerste en tweedelijnszorg en kraamzorg	Wanneer krapte bestaat bij organisaties in zowel de eerstelijns als tweedelijns, is er een combinatie van maatregelen nodig uit fase 2. Reguleren van instroom en bespoedigen van doorstroom, om de spoedzorg te kunnen blijven bedienen.	Een combinatie van acties uit fase 2. Dit kan per zorgaanbieder verschillen. - Planbare zorg wordt zoveel mogelijk afgeschaald en/of verplaatst. - Substitutie van zorg wordt overwogen.	

Effecten van maatregelen uit fase 3

Maatregel in Twente, effect voor Oost Achterhoek	Maatregel in Oost Achterhoek, effect voor Twente	Effect voor ziekenhuizen in aanpalende ROAZ regio's
- Eerstelijns verloskundigen uit rand-adherentie Twente/Oost Achterhoek, zullen vaker gevraagd worden uit te wijken naar SKB. - SKB zal gevraagd worden meer planbare zorg over te nemen van MST en ZGT, om in MST en ZGT spoedzorg te kunnen blijven garanderen	Eerstelijns verloskundigen uit rand-adherentie Twente/Oost Achterhoek, zullen vaker gevraagd worden uit te wijken naar MST/ZGT. MST (en in mindere mate ZGT) zal gevraagd worden meer planbare zorg over te nemen van SKB, om in SKB spoedzorg te kunnen blijven garanderen	- Eerstelijns verloskundigen uit rand-adherentie Twenterand, zullen vaker gevraagd worden uit te wijken naar SMC/DZ. - Eerstelijns verloskundigen uit rand-adherentie Oost/West Achterhoek, zullen vaker gevraagd worden uit te wijken naar Slingeland Ziekenhuis. - Deze ziekenhuizen dienen daarom al vroeg in het proces van planvorming meegenomen te worden.

Fase 4; Er is sprake van een acuut (sub)regionaal zorgcontinuïteitsprobleem (noodscenario). 24/7 acute geboortezorg kan, gedurende minimaal 3 aaneengesloten dagen, niet worden gewaarborgd in de bestaande structuren.

Scenario	Maatregel	Acties	Consequenties
Uitgangspunten: - Concentratie van zorg is minimaal 72 uur noodzakelijk om de zorgcontinuïteit in de regio te kunnen borgen - Er is 48 uur nodig om te operationaliseren			
Een ernstig gelijktijdig capaciteitstekort in de eerste en tweedelijnszorg en kraamzorg	<u>Twente:</u> Concentreren van obstetrische zorg op één plek in de regio van Enschede en/of op één plek van de regio Almelo. Organiseren eerstelijnspost (op een buitenlocatie of in het ziekenhuis)	Binnen ziekenhuizen extra ruimte (dichtbij verlosafdeling) creëren voor: de verplaatste thuisbevallingen voor de eerstelijns	Toestroom van alle barenden uit de regio naar de ziekenhuizen. Er vinden geen thuisbevallingen meer plaats!

Of wanneer ambulancezorg niet gegarandeerd is	I.v.m. tekort aan eerste en/of tweede lijns professionals wordt de zorg geconcentreerd in de ziekenhuizen. Thuisbevallingen in een "geboortecentrum in het ziekenhuis".	- Eerstelijnspost voor (spoed)consulten en evt. spreekuren. - Klinische en medium risk partussen op de verlosafdeling Herverdeling personeel: - De 1^e en 2^e lijn maken een rooster voor bezetting van de verloskamers 1^e lijns verloskundige(n) 24/7 aanwezig Kraamzorg is 24/7 oproepbaar voor assistentie van een poliklinische bevalling in het ziekenhuis.	Per ziekenhuisregio worden afspraken gemaakt tussen ziekenhuis en omliggende praktijken t.a.v.: - Huisvesting - Werkafspraken - Middelen - Materiaal - Personele planning Wanneer het noodzakelijk is dat de kraamzorg 24/7 aanwezig is in het ziekenhuis is aandacht nodig voor vergoeding buiten de reguliere vergoedingssystematiek om.
	<u>Oost-Achterhoek</u> Concentreren van alle obstetische zorg in het SKB. - Spreekuren minimaliseren en wellicht deels concentreren. - Inzet van 'Protocol uitval ambulancediensten'	- Creëren van plek voor poliklinische partussen in SKB - Partusassistentie door de kraamzorg - Spoedconsulten blijven bij Wel- en Wee Winterswijk ter voorkoming onnodige instroom. - Bezetting noodcentrum 24/7 door 1 a 2 verloskundigen, in beiden beschikbaar op dat moment een piketkamer. - Cliënten voor poliklinische partus niet te snel naar ziekenhuis laten komen ter bevordering van doorstroom.	Toestroom van alle barenden uit de regio naar SKB. Er vinden geen thuisbevallingen meer plaats!
	<i>Beperken instroom</i>	Eerstelijns verloskundigen uit randadherentie vragen uit te wijken naar andere ziekenhuizen voor bevallingen	Aandacht voor tijdige communicatie naar alle ziekenhuizen in de eerste schil, over de ROAZ grenzen heen.
	<i>Overweeg substitutie van zorg</i>	Oprekken indicaties waaronder poliklinische bevalling wordt afgerond	Actie: vastleggen van afspraken tussen betreffende ziekenhuis en omliggende praktijken.

Bijlage 2: afspraken communicatieproces

Deze bijlage is een aanvulling, specifiek voor de acute geboortezorg, op het [regionaal crisiscommunicatieplan](#).

Elke organisatie is zelf verantwoordelijk voor goede communicatie naar de patiënt en/of inwoner daar waar de omstandigheid enkel de eigen organisatie betreft (t/m fase 2 geel). Wanneer het gaat om thema's die de keten raken (vanaf fase 3 oranje), wordt onderstaand proces gevolgd.

- Communicatieadviseur Bureau Acute Zorg Euregio roept de werkgroep communicatie, bestaande uit woordvoerders van de ziekenhuizen, woordvoerders Kring eerstelijns verloskundigen, indien relevant woordvoerder kraamzorg, beleidsadviseur acute (geboorte)zorg AZE, bijeen;
- Werkgroep communicatie stelt een regionaal communicatieplan op, afgestemd op de actuele situatie;
- Het regionaal communicatieplan wordt besproken in tactisch ROAZ geboortezorg en desgewenst in bestuurlijk ROAZ.
- Werkgroep communicatie stemt eventuele woordvoering af met de woordvoerder van het ziekenhuis en/of eerstelijns verloskunde (voorzitter Kring van eerstelijnsverloskundigen).
- Werkgroep communicatie draagt zorg voor de uitvoering van het communicatieplan en evaluatie achteraf.

Uitgangspunten communicatieplan:

Focus ligt op een gemeenschappelijk verhaal:

- Achtergrond/urgentiebesef. Geboortezorg staat structureel onder druk wegens structureel personeelstekort onder alle beroepsgroepen in de geboortezorg.
- Oplossingsrichtingen. Ketenpartners werken samen om de acute geboortezorg in de regio veilig, toegankelijk en kwalitatief aan te bieden.
- Handelingsperspectief voor zwangeren. Informatie wat dit gaat betekenen voor zwangeren en het (ongeboren) kind (merkbaar in de praktijk)

Bijlage 3: Communicatieafspraken 'acuut zorgcontinuïteitsprobleem in een individuele instelling voor geboortezorg'

De organisatie die een acuut/dreigend zorgcontinuïteitsprobleem heeft, informeert de volgende instanties:

	Mail ✉	Tel. ☎	E-mailadres	Telefoonnummer
1. Collega regioziekenhuizen				
unithoofd acute geboortezorg	X	X	r.grob@mst.nl l.morina@skbwinterswijk.nl m.leferink@zgt.nl	MST 06-11489268 SKB 06-33098788 ZGT 06-49641890
dienstdoende coördinerende O&G verpleegkundige		X		MST 06-21107841 SKB 06-57419020 óf 0543-544185 ZGT 06-51706310
dienstdoende gynaecoloog		X		
ketencapaciteitsmanagement	X		ketencapaciteitsmanagement@mst.nl	
2. Eerstelijns verloskundigen				
Myrthe Bijsterbosch	X	X	mbijsterbosch@live.nl	06-12532263
Barbara Steverink	X	X	barbarasteverink@hotmail.com	06-12098878
Alie Kuiterman	X	X	aliekuiterman@gmail.com	06-20016742
3. RAV/MKA		X		Ambulance Oost 088-0611670 Witte Kruis NOG 088-0511570
4. VSV's				
VSV Twente	X		secretaresse.vsvtwente@gmail.com	
VSV Oost Achterhoek	X		barbarasteverink@hotmail.com	
5. KSV's				
KSV Twente	X		a.gardenbroek@naviva.nl	
KSV Oost Achterhoek	X		marlies@hetkraamnest.nl	
6. ROAZ				
Manager	X		m.bruens@acutezorgeuregio.nl	
Verbonden beleidsadviseur	X		chantal.kleijnesnuverink@acutezorgeuregio.nl	
Regionaal coördinatiecentrum patiënten spreiding (RCPS)	X		rcps@acutezorgeuregio.nl	
Aanvullend bij een dreigend REGIONAAL zorgcontinuïteitsprobleem				
1. GHOR				
ACGZ (Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg)		X		GHOR Twente 088-2567054 GHOR NOG 088-3104010
2. ROAZ				
Manager ROAZ	X		m.bruens@acutezorgeuregio.nl	
Verbonden beleidsadviseur	X		chantal.kleijnesnuverink@acutezorgeuregio.nl	
RCPS		X		06-27238131 BINNEN KANTOORTIJDEN, DAARBUITEN ACGZ. CONFORM ZORGCONTINUÏTEITSPLAN
3. KSV's				
KSV Twente		X	a.gardenbroek@naviva.nl	06-11 73 92 94
KSV Oost Achterhoek		X	marlies@hetkraamnest.nl	06-51 29 31 18

Beheersfuncties	
Eigenaar	Manon Bruens Manager Bureau Acute Zorg Euregio
Auteur(s)	Chantal Kleijne Snuverink, beleidsadviseur Bureau Acute Zorg Euregio
Inhoudsdeskundigen	Projectgroep Beheersplan regionale capaciteit acute geboortezorg: Marloes Maassen, gynacoloog MST (namens Gycon) Annemiek Zoet, gynaecoloog SKB Rita Grob, unithoofd Vrouw Kind Centrum MST Linda Coli, Teammanager Vrouw en Kind SKB Esther Drost, unithoofd Moeder en Kind ZGT Martin Leferink, unithoofd Moeder en Kind – geboorte ZGT Marion Mijnhout, regiomanager kraamzorg Naviva Lisanne Penterman, programmacoördinator VKC MST Myrthe Bijsterbosch, eerstelijns verloskundige, bestuurder Kring Twente Alie Kuiterman, bestuurder Kring Twentse verloskundigen Barbara Steverink, eerstelijns verloskundige, bestuurder Kring Oost Achterhoek Irene Zuijdgheest, PA verloskundige MST Lotte Kroeze, O&G (regie) verpleegkundige SKB Loes Oude Vrielink, O&G verpleegkundige coördinator MST
Autorisator	J. den Boon, voorzitter bestuurlijk ROAZ
Beheerder	<i>Bureau Acute Zorg Euregio</i>
Datum akkoordbevinding:	
Revisiedatum:	
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken bij de eigenaar met vermelding van de code van het document, uw naam, afdeling en datum.	