

titel/onderwerp	Parallelle acties vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie jonger dan 14 dagen		
Initiatiefnemers en auteurs	Esther d'Haens, neonatoloog en Henriëtte van den Bor, verloskundige		
gebruiker(s)	1 ^e lijns verloskundigen, meldkamer ambulancezorg, ambulancezorg, mobiel medisch team, kinderartsen	beheerder	Netwerk Acute Zorg regio Zwolle
doel	Streven naar stabilisatie (masker en ballon) en snel vervoer (IV/IO-toegang/ intubatie/komst MMT niet noodzakelijk) van de neonat naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met adequate opvang waar kinderarts(/neonatoloog), opvanglocatie en materialen gereed zijn voor opvang.		

Deze handleiding ondersteunt de werkafspraken parallelle acties vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie en beschrijft waar de werkafspraken toe dient, voor wie de werkafspraken bestemd is en geeft stapsgewijs aan welke handelingen worden verricht door de verschillende zorgverleners in de keten.

1 Inleiding

Waarom de werkafspraken Parallelle acties vitaal bedreigde neonat?

In de ROAZ-regio Zwolle is behoefte aan een eenduidige werkafspraken voor verloskundigen, de meldkamer, ambulancezorg, het MMT en ziekenhuizen over de routing van een vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie. Een werkafspraken die naast interne protocollen bestaat en over de muren van de ketenpartners heen gaat. En een werkafspraken die geldt voor een groter gebied dan enkel rondom de ziekenhuizen, zodat uniformiteit ontstaat in de regio. Eveneens wordt de rol van de perifere ziekenhuizen beschreven in een regio als deze met kleinere- en een groot ziekenhuis zoals in Zwolle.

Door deze werkafspraken is er een keten-brede en regionaal uniforme werkwijze 'parallelle acties bij een vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie jonger dan 14 dagen', dat wordt gedragen door de regio, zodat de vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie veilig en tijdig op de juiste plaats in de keten terecht komt. Afstemming over de werkwijze kan de kans op fouten verminderen en reduceert tijdsverlies, doordat de werkvelden van ketenpartners worden verbonden en heldere afspraken met elkaar maken. De werkafspraken helpt bij het evalueren en continu verbeteren van het zorgproces.

Afbakening

De vitaal bedreigde neonat

Een vitaal bedreigde neonat heeft één of meerdere van de volgende kenmerken: prematuur < 32 weken, geen of insufficiënte ademhaling, slap en/of niet reactief, hartactie persisterend >160/min of < 100/min, ernstige en/of persisterende bleekheid/cyanose.

Voor dreigende vroeggeboorte en foetale nood wordt verwezen naar de daarvoor bestaande protocollen.

In de thuissituatie

Een vitaal bedreigde neonat in de thuissituatie bevindt zich bij de start van de zorgvraag in de thuisomgeving (dus niet in het ziekenhuis of andere zorginstelling). Bij een melding van een vitaal bedreigde neonat schaalde de meldkamer hoog op en worden er twee ambulances en een MMT opgeroepen en het dichtstbijzijnde ziekenhuis-SEH wordt geïnformeerd over de te verwachten opvang. De verloskundige wil vanuit de thuissituatie zo snel mogelijk adequate zorg voor de neonat en heeft naast de zorg van de vitaal bedreigde neonat ook de zorg voor de zojuist bevallen vrouw. Wanneer de neonat stabiel is, ook wanneer het MMT nog niet ter plaatse is, wordt de neonat vervoerd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een kinderarts. Intraossale/ intraveneuze toegang/ intubatie is niet noodzakelijk voor transport. Transport van de vitaal bedreigde neonat van de thuissituatie naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met kinderarts gaat met een reguliere ambulance. Ondertussen bereidt de kinderarts van het dichtstbijzijnde ziekenhuis de opvang van de neonat voor. Vanuit de thuissituatie/transport kunnen de verloskundige en ambulanceverpleegkundige contact opnemen met de kinderarts uit het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor overleg. De kinderarts besluit of en op welk moment er een neonatoloog betrokken moet worden. Via de neonatoloog wordt NICU/transport opgestart. Het NICU-vervoer is 24/7 beschikbaar. De reanimatie van een vitaal bedreigde neonat komt (gelukkig) zelden voor.

Jonger dan 14 dagen

De werkafspraken is van toepassing op een neonaat in de kraamtijd waarin de verloskundige het eerste aanspreekpunt is voor de neonaat. Om die reden wordt 14 dagen na de bevalling aangehouden. Er is geen verschil in beleid bij 'natte' of 'droge' neonaat.

Kort samengevat gaat het om een vitaal bedreigde neonaat in de thuissituatie jonger dan 14 dagen in de aanwezigheid van de eerstelijns zorgverlener, die vervoerd wordt door de ambulancezorg/MMT naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een kinderarts (perifeer of topklinisch ziekenhuis). Het is een zeldzame situatie.

Doelgroep en regio

De werkafspraken is bestemd voor de zorgpartijen actief in de ROAZ-regio Zwolle en indien genoemd daarbuiten:

- Eerstelijns verloskundigen of verloskundig actieve huisartsen
- De ziekenhuizen en kinderartsen/neonatologen uit de NICU-regio Zwolle en ROAZ-regio Zwolle
- Regionale ambulance voorzieningen
- Meldkamer Oost-Nederland
- Mobiel Medisch Teams

Uitgangspunten

De uitgangspunten geven nogmaals kort de context van de werkafspraken weer.

- Het betreft een pasgeboren neonaat in de thuissituatie, die tijdig en zo veilig mogelijk in het juiste ziekenhuis terecht moet komen;
- Het gaat om ketenafspraken, niet om individuele zorgprocessen van individuele zorgprofessionals;
- Een regionale werkafspraken is hoofdzaak, overige uitkomsten door het gebruik van de werkafspraken is bijvangst;
- Er wordt uitgegaan van de ROAZ-regio Zwolle, aansluiting met andere regio grenzen is in ontwikkeling.

Nieuwe afspraken

Ten opzichte van de huidige werkwijze is de rol van de meldkamer ambulancezorg veranderd. De meldkamer zal na het ingaan van de werkafspraken parallelle acties, het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de vitaal bedreigde neonaat naar vervoerd wordt informeren over de komst van de neonaat. Het ziekenhuis kan dan alvast voorbereidingen treffen voor de opvang. Voor de komst van dit protocol lag deze taak bij de verloskundige. Om de verloskundige meer ruimte te geven om zorg aan de patiënt te bieden en zorgpaden parallel op te kunnen starten is deze taak bij de meldkamer ambulancezorg neergelegd.

Daarnaast is er een evaluatiestructuur opgenomen in de werkafspraken, met als doel de werkafspraken continu te verbeteren. Deze methodiek wordt in hoofdstuk 3 beschreven.

Termen/definities

KA - Kinderarts

LPA- Landelijk Protocol Ambulance

MKA – Meldkamer Ambulancezorg

MMT – Mobiel Medisch Team. Een medisch team dat wordt ingezet bij patiënten met acuut levensgevaar en wanneer de ambulancezorg extra hulp bij behandeling nodig heeft. Het team bestaat uit een arts, chauffeur of piloot en een gespecialiseerd verpleegkundige.

NAZrZ – Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

NICU - Neonatale Intensive Care Unit

NICU-vervoer – Vervoer van of naar een Neonatale Intensive Care Unit onder begeleiding van een neonatoloog.

NICU-regio Zwolle – de regio waarbinnen ziekenhuizen samenwerken/verwijzen naar de Neonatale Intensive Care Unit Zwolle, tot de regio behoren Isala, St Jansdal Harderwijk, Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Ziekenhuisgroep Twente en Medisch Spectrum Twente.

Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) – geeft leiding aan geneeskundige hulpverlening tijdens rampen en crises. De OvD-G houdt zich niet bezig met het primaire inhoudelijke proces aan de patiënt maar is belast met de coördinatie van het incident. De OvD-G kan ingezet worden bij reanimatie van een neonaat.

Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) – het ROAZ is een overleg waarbij bestuurders van zorginstellingen afspraken maken om er voor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek is voor de juiste zorg.

ROAZ regio Zwolle – de ROAZ regio Zwolle loopt van Harderwijk tot Hardenberg en van Meppel tot Zutphen. Zie voor de regio-indeling de afbeelding in de bijlage.

Kanttekeningen bij het gebruik van protocollen/werkafspraken

Wettelijk kan een hulpverlener zich niet beroepen op het feit dat een protocol/werkafspraken gevolgd is.

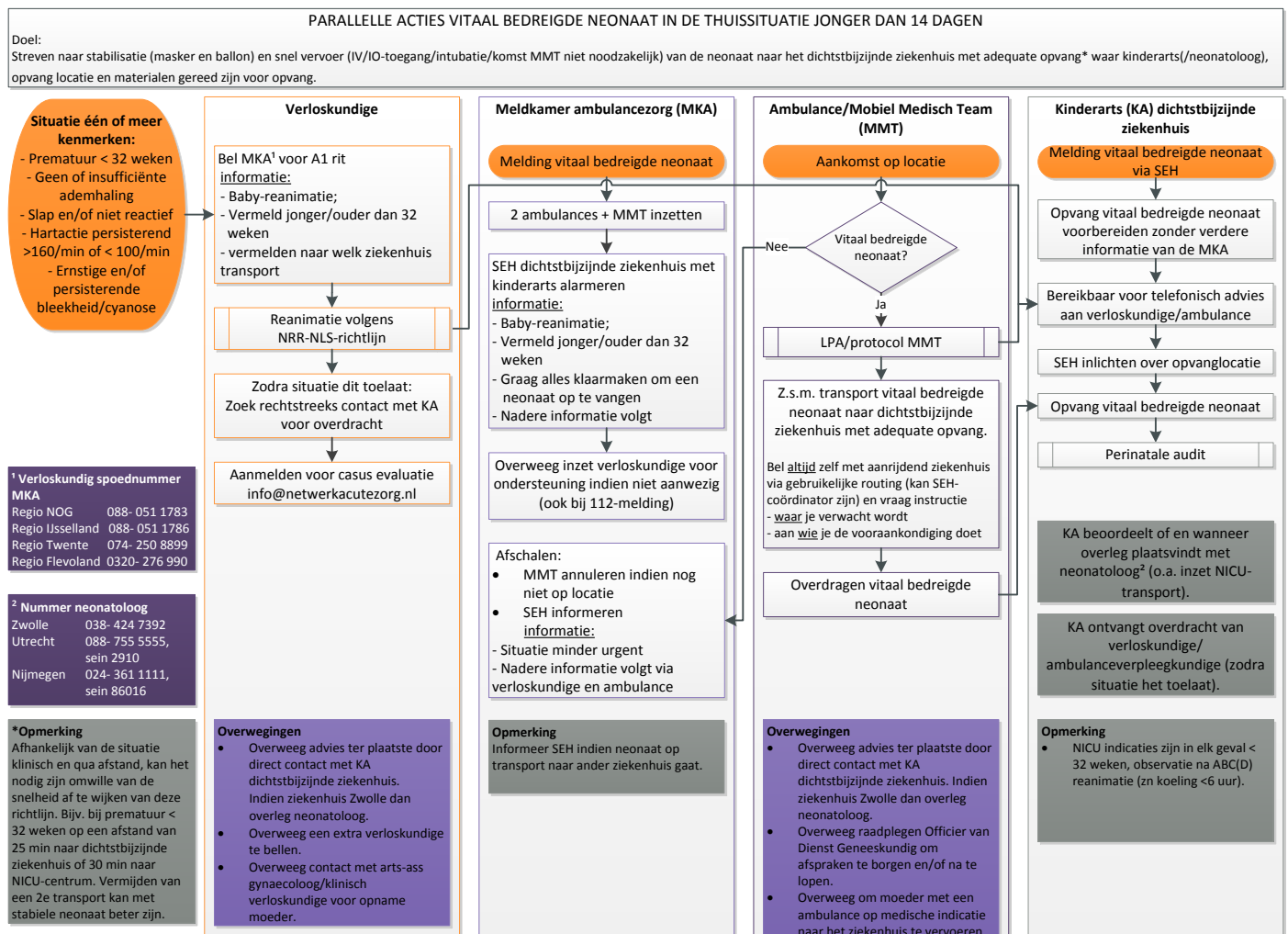
Protocollen/werkafspraken zijn slechts een hulpmiddel en kunnen en mogen nooit de plaats innemen van het eigen denken en handelen van de zorgverlener en/of ondersteuner. Elke zorgverlener en/of ondersteuner kent en neemt zijn of haar verantwoordelijkheid en moet zo nodig overleggen met de arts en/of direct leidinggevende.

Soms is het noodzakelijk af te wijken van een protocol/werkafspraken. Als een zorgverlener of ondersteuner dit doet moet hij/zij dit echter altijd kunnen motiveren.

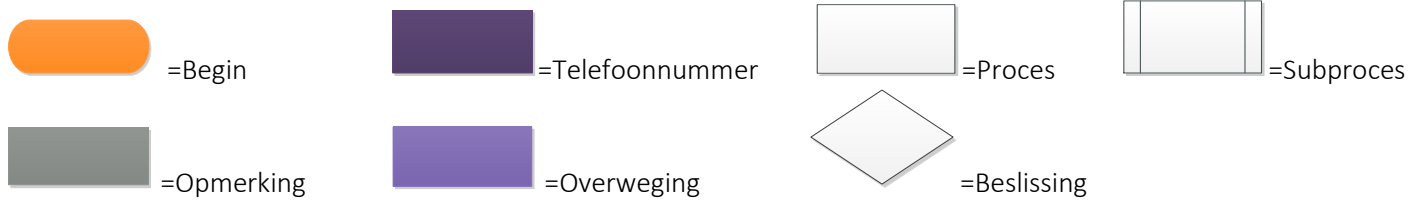
2 Handleiding werkafspraken

De **werkafspraken parallele acties vitaal bedreigde neonaat** beschrijft stapsgewijs welke handeling en door wie deze handeling wordt uitgevoerd in de keten van de zorg aan een vitaal bedreigde neonaat in de thuissituatie. Deze informatie is weergegeven in een stroomschema.

De werkafspraken



Legenda



Telefoonnummers en opvanglocaties in ziekenhuis	
Deventer Ziekenhuis ☎ d.d. kinderarts 0570-535353 , vragen naar d.d. kinderarts Opvanglocatie: Neonatologie, aanrijden via hoofdingang DZ route 100, 1e verdieping ☎ opvanglocatie: 0570-535325	Isala Zwolle ☎ d.d. kinderarts 038-424 7391 ☎ d.d. neonatoloog 038-424 7392 Opvanglocatie: Instabiele neonat: SEH of Stabiele neonat: V4.3 ☎ opvanglocatie: SEH 038-4247136 , V4.3 038-4245350
Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn ☎ d.d. kinderarts 055-8446040 Opvanglocatie: Couveuse afdeling ☎ opvanglocatie: 055-5811690	Röpcke Zweers Ziekenhuis Hardenberg ☎ d.d. kinderarts 0523-276480 (9.00-17.00 uur), ☎ 0523-276000 (17.00-9.00 uur), vragen naar d.d. kinderarts Opvanglocatie: Via SEH direct naar kinderafdeling ☎ opvanglocatie: SEH 0523-276666 , Kinderafdeling 0523-276856
Gelre Ziekenhuizen, locatie Zutphen ☎ d.d. kinderarts 0575-592196 (9.00-17.00 uur), ☎ 0575-592592 (17.00-9.00 uur) Opvanglocatie: Via SEH direct naar kamer 306 (zuigelingenafdeling) ☎ opvanglocatie: 0575-592889	Ziekenhuis St Jansdal Harderwijk ☎ d.d. kinderarts 0341-463902 Opvanglocatie: Moeder-kind centrum ☎ opvanglocatie: couveuse-afdeling 0341-466595

Versie 1.3
 Publicatiedatum: 01-12-2018
 Herzien voor: 01-12-2019
 Beheer: Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

Doel de werkafpraak

Doel
 Streven naar stabilisatie (masker en ballon) en snel vervoer (IV/IO-toegang/ intubatie/komst MMT niet noodzakelijk) van de neonat naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met adequate opvang waar kinderarts(/neonatoloog), opvanglocatie en materialen gereed zijn voor opvang.

Verloskundige

1. Belt in het geval van een vitaal bedreigde neonat met de meldkamer ambulancezorg (MKA) voor een A1 rit. De verloskundige vermeldt daarbij:
 - a. dat het gaat om een babyreanimatie,
 - b. of de neonat jonger of ouder is dan 32 weken prenataal
 - c. naar welk ziekenhuis de baby vervoerd dient te worden.
 Dit is standaard het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een kinderarts. In grensgevallen neemt de verloskundige in deze fase een beslissing. De klinische situatie kan ertoe leiden de neonat naar een ander ziekenhuis te vervoeren.
2. Start met behandelen van de neonat (reanimatie) volgens de NRR-NLS richtlijn
3. Zodra de situatie dit toelaat (op het moment dat de verloskundige de handen vrij heeft) zoekt de verloskundige rechtstreeks contact met de kinderarts van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, waar de neonat naar vervoerd wordt, voor de overdracht. De verloskundige draagt altijd zelf over aan de kinderarts, naast de overdracht door de ambulanceverpleegkundige/MMT-arts. De telefoonnummers van de dienstdoende kinderartsen staan op de werkafpraak parallelle acties en de bijbehorende kaart.

Tijdens het proces kan de verloskundige het volgende overwegen:

- Advies ter plaatse door direct telefonisch contact met de kinderarts van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De kinderarts kan ondersteuning bieden bij de behandeling op locatie en het maken van keuzes.
NB: indien dichtstbijzijnde ziekenhuis Isala Zwolle is, dan direct contact met de dienstdoende neonatoloog.
 - Een extra verloskundige bellen die ondersteuning biedt in de thuissituatie en/of de dienst kan overnemen.
 - Contact opnemen met de arts-assistent gynaecologie of klinisch verloskundige voor opname van de moeder, als het gaat om een pas bevallen vrouw.
4. Initieert binnen één maand na de casus (indien van toepassing samen met de betrokken kinderarts) een casus evaluatie. Zie het hoofdstuk 'evaluatie' voor meer informatie.

Meldkamer ambulancezorg

1. Zet twee ambulances en een MMT in bij de melding van een vitaal bedreigde neonat
2. Informeert de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een kinderarts, dus het ziekenhuis dat door de verloskundige wordt doorgegeven. Vermeldt de SEH dat:
 - a. het gaat om een baby-reanimatie
 - b. de neonat jonger of ouder is dan 32 weken
 - c. verzoek om alles klaar te maken voor de opvang van de neonat
 - d. nadere informatie volgt.De meldkamer verstrekt enkel deze informatie, meer informatie wordt later in het proces verstrekt. De SEH is verantwoordelijk om het proces in het ziekenhuis op te starten.
3. Zet, indien de melding van een vitaal bedreigde neonat een 112-melding betreft en er geen 1^e-lijns hulpverlener aanwezig en ondersteuning van een verloskundige gewenst is, een verloskundige in voor ondersteuning van de ambulanceverpleegkundige.

Indien er wordt geconstateerd door de verloskundige, ambulanceverpleegkundige of MMT-arts dat er geen sprake (meer) is van een vitaal bedreigde neonat, schaal de meldkamer af. Afschalen houdt in het MMT annuleren indien deze nog niet op locatie is en de SEH informeren en daarbij vermelden:

- situatie minder urgent
- nadere informatie volgt via de verloskundige en/of ambulanceverpleegkundige.

Indien de neonat op transport gaat naar een ander ziekenhuis dan in eerste instantie is aangekondigd, informeert de meldkamer de SEH van dit eerst gebelde ziekenhuis.

Ambulance/Mobiel Medisch Team

1. Concludeert bij aankomst op locatie van de melding vitaal bedreigde neonat of het een vitaal bedreigde neonat betreft.
 - a. indien GEEN vitaal bedreigde neonat, contact zoeken met de meldkamer
 - b. indien WEL vitaal bedreigde neonat, werkafspraken parallele acties volgen.
2. Start met behandelen volgens LPA/Protocol MMT.
3. Vervoert de vitaal bedreigde neonat zo spoedig mogelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met adequate opvang. Dit ziekenhuis is inmiddels gealarmeerd door de MKA en bereidt de opvang van de neonat voor. LET OP: bel altijd zelf met het aanrijdende ziekenhuis via de gebruikelijke routing en vraag via dit kanaal instructie
 - a. *waar* je verwacht wordt
 - b. *aan wie* je de vooraankondiging doet
4. Draagt bij aankomst in het dichtstbijzijnde ziekenhuis de vitaal bedreigde neonat over aan de kinderarts.

Tijdens het proces kan de ambulanceverpleegkundige/MMT-arts het volgende overwegen:

- Advies ter plaatse door direct contact met de kinderarts van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De kinderarts kan ondersteuning bieden bij de behandeling op locatie en het maken van keuzes.
NB: indien dichtstbijzijnde ziekenhuis Isala Zwolle is, dan direct contact met de dienstdoende neonatoloog.
- Het raadplegen van de Officier van Dienst Geneeskundig om afspraken te borgen en/of na te lopen.

- Moeder op basis van een medische indicatie naar het ziekenhuis te vervoeren, zeker als het gaat om een pas bevallen vrouw.

Kinderarts in dichtstbijzijnde ziekenhuis

1. Ontvangt via SEH en interne procedure de melding van de vitaal bedreigde neonat
2. Bereidt de opvang van de neonat intern voor qua locatie, personeel en opvangbenodigdheden, zonder verdere informatie van de MKA.
De MKA beschikt NIET over informatie over de toestand van de neonat, enkel dan of dit een neonat jonger of ouder dan 32 weken zwangerschapsduur betreft. Deze informatie wordt later verstrekt door de ambulanceverpleegkundige/MMT-arts en verloskundige.
3. Is tussentijds bereikbaar voor telefonisch advies aan de verloskundige/ambulanceverpleegkundige.
4. Stemt de locatie af met de SEH, zodat zij dit kunnen doorgeven aan de ambulance. (toelichting: de Ambulanceverpleegkundige neemt tijdens het toerijden contact op met de SEH voor een Situatie rapport)
5. Vangt de neonat op en krijgt de overdracht van de ambulanceverpleegkundige en de verloskundige.
6. Regelt en coördineert verdere zorg en behandeling van de neonat.
7. Beoordeelt of en wanneer overleg plaatsvindt met de neonatoloog over opname NICU-centrum.
 - NICU indicaties zijn in elk geval < 32 weken, observatie na ABC(D) reanimatie (zn koeling <6 uur).
8. Meldt in overleg met de verloskundige de casus aan voor een perinatale audit.

Aandachtspunten

Afhankelijk van de situatie klinisch en qua afstand, kan het nodig zijn omwille van de snelheid af te wijken van deze richtlijn. Een voorbeeld is een prematuur < 32 weken op een afstand van 25 min naar dichtstbijzijnde ziekenhuis of 30 min naar NICU-centrum. Het vermijden van een 2^e transport kan met een stabiele neonat beter zijn, dus beter om dan naar het NICU-centrum te rijden.

Zakkaartjes

De werkafpraak is vastgelegd op een zakkaart. Deze zijn verstrekt aan verloskundigen en kinderartsen. Zakkaarten zijn te bestellen via info@netwerkacuteczorg.nl.

3 Evaluatie werkafpraak- draaiboek

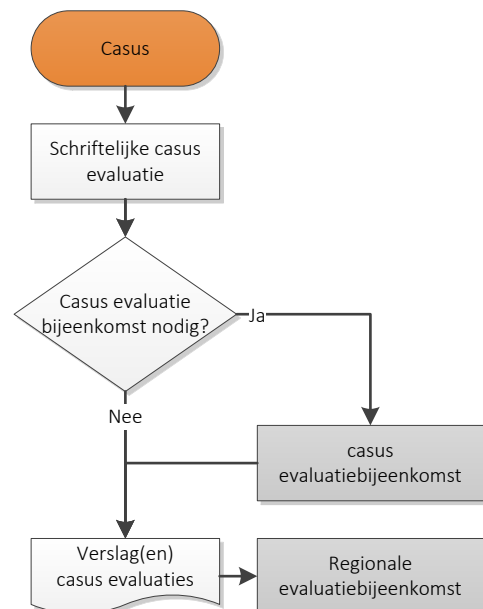
Dit hoofdstuk geeft weer op welke wijze de werkafpraak geëvalueerd wordt. De uitkomsten van de evaluatie worden gebruikt om de werkafpraak waar nodig te verbeteren. Er wordt na *elke* casus lokaal geëvalueerd. De casus evaluatie vindt ook plaats als er geen transport is, bijvoorbeeld als bij aankomst van de ambulancezorg /MMT geen sprake blijkt te zijn van een vitaal bedreigde neonat. Ook dan wordt de casus besproken met de betrokken zorgverleners bij de specifieke casus (verloskundige, verpleegkundigcentralist meldkamer, ambulanceverpleegkundige, MMT-arts, kinderarts, neonatoloog). Eén jaar na de invoering van de werkafpraak vindt er een regionale evaluatie plaats, waarbij alle casuïstiek betrokken zal worden. Figuur 1 geeft visueel de structuur van de evaluaties weer.

Casus evaluatie

De casus evaluatie dient ter bespreking van de werkafpraak Parallelle acties die is toegepast bij een recente casus (binnen één maand na de casus vindt de evaluatie plaats).

Stappenplan

1. De verloskundige is initiatiefnemer voor de casus evaluatie en meldt een casus en de namen van de betrokken zorgverleners binnen één maand na de casus aan bij het NAZrZ via e-mail: info@netwerkacuteczorg.nl.



Figuur 1 - Evaluatiestructuur

2. Het NAZrZ verstrekt de evaluatievragen aan de betrokken zorgverleners en verzamelt de uitkomsten van de schriftelijke evaluatie. Het NAZrZ draagt zorg dat de uitkomsten gebundeld worden in een verslag. Dit verslag wordt vervolgens gedeeld, getoetst en vastgesteld met de betrokken zorgverleners. Het NAZrZ beheert de verslagen. De evaluatievragen zijn opgenomen in de bijlage.
3. In het geval dat een verdieping nodig blijkt in de casus evaluatie wordt er een casus evaluatiebijeenkomst georganiseerd.
 - a. De betrokken zorgverlener meldt bij de verloskundige dat hij/zij wenst dat er een casus evaluatiebijeenkomst georganiseerd wordt.
 - b. Het NAZrZ faciliteert de casus evaluatiebijeenkomst door de communicatie met de betrokken zorgverleners, een locatie beschikbaar te stellen, een voorzitter te leveren, zorgdragen voor het verslag.
 - c. De betrokken zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de bijeenkomst.
4. De uitkomsten van de casus evaluatie worden gedeeld met de betrokken zorgverleners, de voorzitter van de regionale evaluatie en worden meegenomen naar de regionale evaluatie die binnen één jaar na invoering van de werkafspraken wordt georganiseerd.

Rol- en taakverdeling bij de casus evaluatie

1. *Initiatiefnemers casus evaluatie*

De verloskundige is de initiatiefnemer van de evaluatie en meldt de casus aan bij het NAZrZ.

2. *Netwerk Acute Zorg regio Zwolle*

Het NAZrZ biedt ondersteuning door het versturen van de evaluatievragen, het verzamelen van de uitkomsten, het verwerken van de uitkomsten in een verslag, het faciliteren van de casus evaluatiebijeenkomst en ondersteuning in het uitvoeren van verbetervoorstellen.

3. *Initiatiefnemer casus evaluatiebijeenkomst*

Elke betrokken zorgverlener staat het vrij om het initiatief te nemen voor een casus evaluatiebijeenkomst. Deze betrokken zorgverlener meldt dit initiatief bij de verloskundige waarna er een casus evaluatiebijeenkomst georganiseerd wordt.

4. *Casus evaluatiebijeenkomst*

In de casus evaluatiebijeenkomst is er vertegenwoordiging vanuit alle disciplines die bij de evaluatie betrokken zijn: een 1^e lijns verloskundige, verpleegkundig centralist, ambulanceverpleegkundige, MMT-arts en een verpleegkundige.

5. *Voorzitter van de casus evaluatiebijeenkomst*

De voorzitter moet het vertrouwen hebben van de aanwezigen en onafhankelijk zijn van de casus en de zorgverleners. Om die reden komt de voorzitter vanuit het bureau NAZrZ. Deze voorzitter houdt zich inhoudelijk afzijdig, praat dus niet mee en bewaakt het overleg wat tijd, veiligheid en proces betreft.

Voorwaarden voor een geslaagde casus evaluatie:

- Alle betrokken zorgverleners voeren een schriftelijke evaluatie uit.
- Indien georganiseerd: alle betrokken zorgverleners (of een afgevaardigde) nemen deel aan de casus evaluatie bijeenkomst.
- Er wordt een verslag opgesteld van de evaluatie, dat in ieder geval conclusies en aanbevelingen bevat.

De verloskundige is de initiatiefnemer van de casus evaluatie. De verloskundige is in veel gevallen betrokken bij de start van het zorgproces, waardoor de verloskundige logischerwijs de casus evaluatie initieert. Het is vanzelfsprekend dat de verloskundige afstemming zoekt met de kinderarts en de andere betrokkenen zorgverleners tijdens het proces van de casus evaluatie van het protocol.

Regionale evaluatie

Eén jaar na de implementatie van de werkafspraken vindt een regionale evaluatie plaats om de werkafspraken te herzien. In deze regionale evaluatie worden de uitkomsten van de casus evaluaties over het protocol en verbetervoorstellen besproken. Tevens biedt deze evaluatie de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen.

Rol- en taakverdeling bij de regionale evaluatie

1. *Initiatiefnemers regionale evaluatie*

Het NAZrZ is initiatiefnemer van de regionale evaluatie en organiseert de bijeenkomst voor de herzieningsdatum van het protocol. Inhoudelijk wordt de regionale evaluatie voorbereid met de initiatiefnemers van het protocol (Esther d'Haens, neonatoloog en Henriëtte van den Bor, verloskundige).

2. *Voorzitter van de regionale evaluatiebijeenkomst*

De voorzitter van de regionale evaluatiebijeenkomst is de initiatiefnemer van het protocol (Esther d'Haens, neonatoloog Isala).

3. *Netwerk Acute Zorg regio Zwolle*

Het NAZrZ biedt ondersteuning door het organiseren en faciliteren van de regionale evaluatie, door het opstellen van het verslag van de bijeenkomst en ondersteunt in de uitvoering van verbetervoorstellen.

4. *Regionale evaluatiebijeenkomst*

In de regionale evaluatiebijeenkomst zijn de 1^e lijns verloskundigen (vanuit elk VSV in de ROAZ-regio minimaal 1 verloskundige), meldkamer ambulancezorg, ambulancezorg (vanuit elke ambulancezorg instelling in de ROAZ-regio minimaal 1 afgevaardigde), MMT en kinderartsen (vanuit elk ziekenhuis in de ROAZ-regio minimaal 1 kinderarts) vertegenwoordigd.

Verbetervoorstellen worden doorgevoerd indien alle vertegenwoordigers hiermee instemmen. Indien niet alle vertegenwoordigers aanwezig zijn, wordt achteraf door de voorzitter van de bijeenkomst getoetst of de afwezigen ook akkoord zijn met de verbetervoorstellen. Indien er besloten wordt verbetervoorstellen door te voeren, moet er tijdens de bijeenkomst concrete afspraken gemaakt worden over de planning, invoering, verantwoordelijken en communicatie met de achterban zoals managers en collega-zorgverleners. Indien nodig wordt er een extra bijeenkomst georganiseerd (voor het verder uitwerken van de verbeteracties en/of communicatie rondom de verbeteracties).

5. *Uitvoerder van de verbetervoorstellen*

De betrokken zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het doorvoeren van de verbetervoorstellen in hun eigen organisatie. De voorzitter van de bijeenkomst is verantwoordelijk voor het doorvoeren van ketenbrede afspraken en wordt daarbij ondersteund door het NAZrZ.

6. *Afwezigen*

Niet alle eerstelijns verloskundigen en kinderartsen uit de ROAZ-regio zullen aanwezig zijn, daar is de groep te groot voor. Zij zullen wel geïnformeerd moeten worden over de conclusies en aanbevelingen uit de evaluatie, door hun contactpersonen en verslaglegging van de bijeenkomst.

Voorwaarden voor een geslaagde regionale evaluatie:

- Vanuit elke discipline en vanuit de hele regio is er deelname aan de regionale evaluatiebijeenkomst.
- Er wordt een verslag opgesteld van de regionale evaluatie, dat in ieder geval conclusies en aanbevelingen bevat.

4 Contactpersonen behorend tot de projectgroep

Aanspreekpunt verloskundigen:

- VSV Apeldoorn – Walter Stuifzand/Renate van Leuken
- VSV Geboortezorg Salland – Marleen Berendse/Mathilde Bonnhof-Dijkhof
- VSV Hardenberg – Monique Wüst
- VSV Harderwijk – Ariëtte van Kempen
- VSV Zutphen – Erik Zanders
- VSV Zwolle – Henriëtte van den Bor

Meldkamer:

- Meldkamer Oost Nederland – Arjan Hanekamp/ Astrid van Tilborgh

Ambulancezorg:

- Regionale Ambulance Voorziening IJsselland – Ben Gooselink
- Regionale Ambulance Voorziening Noord- en Oost Gelderland – Peter Jan Mulder

MMT:

- MMT UMCG – Margot Bergsma

Aanspreekpunt kinderartsen:

- St Jansdal Harderwijk: Karin Korbeeck
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis te Hardenberg: Germ Immink
- Gelre Ziekenhuizen locatie Apeldoorn: Vacant, eind augustus.
- Gelre Ziekenhuizen locatie Zutphen: Anouk Dings
- Deventer Ziekenhuis: Martine Bouw
- Isala Zwolle: Esther d'Haens/Jolita Bekhof

Bijlage 1

Evaluatievragen

Vragen casus evaluatie

1. *Is de werkafspraken Parallelle acties uitgevoerd zoals beschreven?*
 - a. *Was u bekend met de werkafspraken?*
 - b. *Welke acties heeft u wel en welke niet uitgevoerd?*
 - c. *Wat maakte de uitvoering mogelijk of onmogelijk?*
 - d. *Heeft u de acties uitgevoerd zoals ze bedoeld waren?*
 - *Waarom wel of waarom niet?*
 - e. *Zijn er tijdens de uitvoering van de werkafspraken Parallelle acties externe gebeurtenissen geweest die mogelijk invloed hebben gehad op het proces?*
2. *Wat zijn de succes- en faalfactoren?*
 - a. *Wat zijn de succes- en faalfactoren per processtap in het protocol binnen uw discipline (verloskundigen, meldkamer ambulancezorg, ambulancedienst, MMT, kinderarts)?*
 - b. *Heeft de werkafspraken Parallelle acties een proces op gang gebracht die u niet had verwacht, was dit gewenst of ongewenst?*
3. *Hoe is de waardering en ervaring?*
 - a. *Hoe heeft u de werkafspraken Parallelle acties ervaren?*
 - b. *Heeft de werkafspraken opgeleverd wat u er van verwachtte?*
 - c. *Hoe waardeert u de werkafspraken?*
4. *Welke aanbevelingen kunnen er aan de hand van de procesevaluatie worden gedaan voor verbetering van de werkafspraken Parallelle acties?*
5. *Is een casus evaluatiebijeenkomst gewenst?*
6. *Welke overige opmerkingen heeft u nog?*

Bijlage 2

Regio indeling ROAZ-regio/Netwerk Acute Zorg regio Zwolle



Bijlage 3

Parallele acties vitaal bedreigde neonaat in de thuissituatie jonger dan 14 dagen

Doel: Streven naar stabilisatie (masker en ballon) en snel vervoer (IV/IO-toegang/intubatie/komst MMT niet noodzakelijk) van de neonaat naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis* waar kinderarts/(neonataloge), opvang locatie en materialen gereed zijn voor opvang.

Verloskundige

- 1. Bel MKA & vermeld:**
 - Baby-reanimatie
 - Jonger/ouder dan 32 weken
 - Vermelden naar welk ziekenhuis transport
- 2. Reanimatie volgens NRR-NLS richtlijn**
- 3. Zodra situatie dit toelaat: zoek rechtstreeks contact met KA voor overdracht**
- 4. Aanmelden voor casus evaluatie**
info@netwerkacuteczorg.nl

Overweeg:

- advies ter plaatste door KA dichtstbijzijnde ziekenhuis. Indien ziekenhuis Zwolle dan overleg neonataloge.
- een extra verloskundige te bellen
- contact met arts-ass gynaecoloog/klinisch verloskundige voor opname moeder

Meldkamer ambulancezorg (MKA)

- 1. Inzet van 2 ambulances +MMT**
- 2. SEH dichtstbijzijnde ziekenhuis met KA alarmeren & vermeld:**
 - Baby-reanimatie
 - Jonger/ouder dan 32 weken
 - Graag alles klaarmaken om neonaat op te vangen
 - Nadere informatie volgt
- 3. Overweeg inzet verloskundige voor ondersteuning indien niet aanwezig (ook bij 112-melding)**

Indien blijkt geen vitaal bedreigde neonaat:

- MMT annuleren
 - SEH informeren: situatie minder urgent, nadere info volgt via verloskundige en ambulance
- Informeel SEH indien neonaat op transport gaat naar ander ziekenhuis

Ambulance/ Mobiel Medisch Team (MMT)

- 1. Handelen volgens LPA/protocol MMT**
- 2. Z.s.m. transport vitaal bedreigde neonaat naar dichtstbijzijnde ziekenhuis**
 - Bel altijd zelf met aanrijdend ziekenhuis via gebruikelijke routing en vraag instructie
 - Waar je verwacht wordt
 - Aan wie je de vooraankondiging doet
- 3. Overdragen vitaal bedreigde neonaat**

Overweeg:

- advies ter plaatste door KA dichtstbijzijnde ziekenhuis. Indien ziekenhuis Zwolle dan overleg neonataloge.
- raadplegen Officier van Dienst Geneeskundig om afspraken te borgen en/of na te lopen.
- om moeder met een ambulance op medische indicatie naar het ziekenhuis te vervoeren.

Kinderarts (KA) dichtstbijzijnde ziekenhuis

- 1. Bereid opvang vitaal bedreigde neonaat voor zonder informatie van de MKA**
- 2. Bereikbaar voor telefonisch advies aan verloskundige/ambulance**
- 3. SEH inlichten over opvanglocatie**
- 4. Opvangen neonaat**
- 5. Perinatale audit**

KA beoordeelt of en wanneer overleg plaatsvindt met neonataloge/NICU-centrum
NICU indicaties zijn in elk geval < 32 weken, observatie na ABC(D) reanimatie (zn koeling <6 uur).

KA ontvangt overdracht van verloskundige/ ambulanceverpleegkundige (zodra situatie het toelaat)

Versie 1

Belangrijke nummers

Verloskundig spoednummer MKA

Regio NOG	088 - 051 1783
Regio IJsselland	088 - 051 1786
Regio Twente	074 - 250 8899
Regio Flevoland	0320 - 276 990

Nummer neonataloge

Zwolle	038 - 424 7392
Utrecht	088 - 755 5555, sein 2910
Nijmegen	024 - 361 1111, sein 86016

Deventer Ziekenhuis

Vragen naar de dienstdoende kinderarts
0570 - 535 353
Opvanglocatie
Neonatalogie **0570 - 535 325**

Isala Zwolle

Dienstdoende kinderarts **038 - 424 7391**
Dienstdoende neonataloge **038 - 424 7392**
Opvanglocatie
- Instabiele neonaat: SEH **038 - 424 7136**
- Stabiele neonaat: V4.3 **038 - 424 5350**

Röpcke-Zweers Hardenberg

Vragen naar de dienstdoende kinderarts
0523 - 276 480 (9.00-17.00 uur)
0523 - 276 000 (17.00-9.00 uur)
Opvanglocatie
Via SEH direct naar kinderafdeling
SEH **0523 - 276 666**
Kinderafdeling **0523 - 276 856**

Gelre Ziekenhuis Apeldoorn

Dienstdoende kinderarts **055 - 844 6040**
Opvanglocatie
Couveuse afdeling **055 - 581 1690**

St Jansdal Harderwijk

Dienstdoende kinderarts **0341 - 463 902**
Opvanglocatie
Moeder-kind centrum
Couveuse-afdeling **0341 - 466 595**

Gelre Ziekenhuis Zutphen

Dienstdoende kinderarts
0575 - 592 196 (9.00-17.00 uur)
0575 - 592 592 (17.00-9.00 uur)
Opvanglocatie
Via SEH direct naar kamer 306 (zuigelingenafdeling)
0575 - 592 889

Aanmelden casus evaluatie via:
info@netwerkacuteczorg.nl

* Afhankelijk van de situatie klinisch en qua afstand, kan het nodig zijn omwille van de snelheid af te wijken van deze richtlijn. Bijv. bij prematuur < 32 weken op een afstand van 25 min. naar dichtstbijzijnde ziekenhuis of 30 min naar NICU-centrum. Vermijden van een 2e transport kan met stabiele neonaat beter zijn.