

Wanneer gaat het echt fout?

Grote en kleine initiatieven voor extra capaciteit

Telkens weer die belronde om toch maar ergens een verloskamer te vinden. Het tekort aan obstetrie-verpleegkundigen is overal voelbaar. Structurele oplossingen zijn te verwachten van samenwerking en extra opleiden. Maar op de werkvloer kunnen kleine initiatieven de capaciteit vergroten.

Door: Tessa Möring

'Zijn we al het zevende ziekenhuis dat je belt? Sorry, ik zou meer voor je willen doen, maar wij hebben ook al twee verloskamers meer bezet dan eigenlijk verantwoord is.' Zomaar twee zinnen uit de dagelijkse praktijk. Frustratie alom, meer werk dan verantwoord is voor de verpleegkundige, tijdsdruk en frustratie voor de verloskundigen, veel belwerk voor de artsen en geen keuzevrijheid voor de patiënt. Is de situatie nog verantwoord? In principe wel, zegt de Nederlandse Zorgautoriteit in gesprek met het landelijke capaciteitsoverleg. Ziekenhuizen lossen het met elkaar nog op elke dag en komen er

samen met de regio altijd nog uit. De zorg kan gegeven worden, is hun harde conclusie.

Is dit ook zo? In de dagelijkse praktijk loop je continu tegen het tekort aan verpleegkundigen aan waardoor de zorg sterk aan kwaliteit ingeboet heeft de afgelopen jaren. En dat heeft gevolgen. Er is geen tijd meer om rustig mee te kijken met de borstvoeding. Die slaagt daardoor misschien niet met mogelijk op termijn meer zorgkosten voor het kind. Het lukt niet om naast je patiënt te zitten om de weeën weg te puffen. Werken we daardoor niet meer pijnstilling in de hand, wat nog meer kost?

Instream

Wat zeggen de cijfers? Het landelijke capaciteitsorgaan raamt de cijfers en adviseert elk jaar de opleidingsinstroom. Schokkend feit: de instroomeisen hebben we nog geen enkel jaar gehaald, terwijl we als afdelingen hebben aangegeven daaraan wel te kunnen voldoen. Nu is het niet zo dat er de afgelopen jaren helemaal niets is gebeurd. Zo zijn de numerus fixes van initiële opleidingen afgegaan zodat de instroom op de verpleegkundige opleidingen gewoon door kan gaan. Het project CZO flexlevel begint dit najaar waarbij alle opleidingen modulair worden aangeboden. Er is een snellere instroom in de specialistische vervolgoedingen, het voorwerkprogramma is verkort en sluit meer aan bij de wensen van de jonge professionals.

We zijn op de afdelingen druk bezig geweest met functie-differentiatie door de inzet van kraamverzorgenden. Ook werken we aan behoud van personeel door bijvoorbeeld zelfroosting, dubbele functies zoals onderzoeker/verpleegkundige en niet meer alle tijd aan het bed besteden zodat je ook energie hebt als je in de patiëntenzorg staat. We hebben een landelijke inventarisatie gedaan welke initiatieven er zijn om de capaciteit te verbeteren. Ook zien obstetrie-verpleegkundigen nog volop mogelijkheden.



Verdieping

Om deze inspirerende ideeën verder uit te diepen hebben we in het voorjaar met dertig obstetrie verpleegkundigen gebrainstormd over oplossingen. Wat moeten we op korte termijn doen en wat op de lange termijn? Dit was onwijs leuk en inspirerend. Wat naar voren kwam is dat de grote thema's over arbeidsvoorwaarden toch wel erg hoog op de agenda staan en veelal worden gezien als een oplossing voor het behoud van medewerkers. Betere roostering, betere financiële waardering, flexibele mogelijkheden in contracten, behoud van contracten, aanbrenghpremies en dergelijke.

Daarnaast vormen opleiden en ontwikkelingsmogelijkheden een groot thema. Meer opleiden, anders opleiden, dubbel, sneller in opleiding en betere nawerktrajecten en begeleiding spelen een rol. Loopbaanontwikkelmogelijkheden maar ook het volgen van andere aanvullende opleidingen of cursussen en congressen. En inzetten op preventie van burn-out.

Het derde grote thema is goede ondersteuning, dus 24/7 ondersteuning voor taken als schoonmaken, aanvullen en laagcomplex zorg.

Dashboard

De inbreng van de brainstorm nemen we als V&VN mee naar de landelijke tafels. De landelijke tafel Capaciteit bestaat anderhalf jaar en daar neem ik zelf deel aan vanuit de gespecialiseerd verpleegkundigen. We zitten om tafel met echt alle partijen. In een deelloverleg wordt er gesproken met het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) van het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ). We bespreken de ontwikkeling en uitbreiding van het LPZ-dashboard. Dat kan als onderdeel fungeren van een betere spreiding. In dit dashboard heb je een actueel overzicht van de beddenstroom die gekoppeld is aan het elektronisch patiëntendossier. Zo is er voor iedereen realtime inzicht in de bedden capaciteit. Daardoor ben je minder tijd kwijt aan de spreiding van patiënten.

De wens is groot om ook de weigeringen van ziekenhuizen eraan te koppelen voor meer inzicht en ook de gegevens van de zwangeren waardoor je voorspelmodellen zou kunnen maken. We weten immers wie er zwanger zijn en wanneer ze ongeveer bevallen, dit zijn landelijk bekende gegevens. Hierdoor zou je in de toekomst kunnen voorspellen wanneer het in welke regio drukker is. Daar kun je dan met de planning van de verpleegkundige capaciteit rekening mee houden. Zodat je in de drukke periode meer mensen hebt dan in

>>

Ideeën uit de brainstorm van obstetrie verpleegkundigen

Korte termijn

- Waardering financieel. Waardeer de obstetrie verpleegkundige in schaal fwg 55 of umc schaal 9 vanwege het acute karakter van de afdeling. Hier zitten landelijk nog veel verschillen in.
- Flexibiliteit in het rooster. Afstemming op de levensfase van de medewerker.
- Betere ontwikkelmogelijkheden, opleidingen en scholing. Denk aan: dubbel opleiden, obstetrie verpleegkundige met kinder- of neonatologiespecialisatie, flexibel inzetbaar, meer opleiden, loopbaanbegeleiding, werkervaringstrajecten en kortere voorwerkperiode voor starten specialisatie.
- Aandacht op televisie en sociale media voor ons mooie vak. Maak het aantrekkelijker, dus positieve berichten.
- Goede ondersteuning, geen oneigenlijke taken meer en dat 24/7. Denk aan: inzet van zorgassistentes (niveau 3), hun taken uitbreiden, in de zorg laten helpen.
- Logistieke processen verbeteren. Denk aan: epiduraal op de verloskamers, inzet verpleegkundige bij primaire sectio kan veel efficiënter, flexibiliteit qua tijd inleiden en goed kijken naar de indicatie.
- Kleine contracten mogelijk maken.
- In gesprek met de patiënt blijven en aan reëel verwachtingsmanagement doen.

Lange termijn

- Zeggenschap vakinhoudelijk, meedenken met richtlijnen en werkafspraken. Tijd krijgen om mee te denken, bijvoorbeeld via het Landelijk Actieplan Zeggenschap.
- Tijdens de hbo-v/mbo-v stagelopen op de verloskunde, kraam of neo.
- Digitale ontwikkeling, bijvoorbeeld met apps. Idee: ontwikkel een triage app, of laat deze inbouwen in de huidige apps voor patiënten. Dit helpt bij verwachtingsmanagement en patiënten kunnen gericht bellen.
- Aanbrenghpremie.
- Vast contract en toezegging om te mogen blijven na het volgen van de specialisatie.
- Flexibel roosteren, maatwerk.
- Kijken naar het buitenland en daarvan leren.
- Kijken naar de financiering van de zorg, wat wordt er per DBC betaald en klopt dat nog met de daadwerkelijke zorg.
- Meer opleiden.

>> de rustigere periodes. Daarnaast zou je dan ook naar regionale spreiding kunnen kijken van zorgpersoneel. Het College Perinatale Zorg (CPZ) neemt het voortouw om dit soort zaken uit te zoeken en alle ROAZ-voorzitters te activeren om het LPZ-dashboard te gaan gebruiken voor de verloskunde en de kinderafdelingen. Ook het bekende Babyzoektbed.nl zal op den duur opgenomen worden in het LPZ-dashboard. Een webinar van het CPZ over dit onderwerp kun je terugkijken.

Houdbare zorg

We zijn als verloskunde niet de enige met capaciteitsproblematiek. Die speelt overal in de zorg en er wordt druk over nagedacht in allerlei gremia.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft onderzocht wat er nodig is en twaalf aanbevelingen gedaan in hun rapport *Kiezen voor Houdbare zorg. Mensen, middelen en draagvlak*. Een van de aanbevelingen is dat er scherpere keuzes gemaakt moeten worden. Burgers moeten we daarop voorbereiden en laten meedenken over de keuzes. Het maatschappelijke debat aangaan, wat is goede zorg en wat is goed genoeg voor de haalbaarheid van vandaag? Want we willen het allemaal nu, maar dat kan niet. In het landelijke hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg hebben alle partijen afgesproken dat we als zorg financieel niet verder mochten groeien. De zorgkosten lopen de spuigaten uit

en we kunnen het als samenleving niet meer betalen met een aankomende vergrijzing. Nu voelt het misschien ver weg, maar dit akkoord heeft daadwerkelijk invloed op de financiën en stromen binnen de ziekenhuizen en zorgt ervoor dat je als afdeling niet meer financiële middelen krijgt. Je moet bijvoorbeeld cao-verhogingen zelf opvangen als afdeling waardoor je niet de gespecialiseerde verpleegkundige kan aannemen na de opleiding.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseert niet door te gaan met het hoofdlijnenakkoord in de huidige vorm. Het akkoord geeft volgens de Raad ook negatieve prikkels en zit ontwikkeling in de weg omdat er wordt vastgehouden aan de kostenbesparing die ermee beoogd werd. De inhoudelijke afspraken leiden ook niet tot de gewenste veranderingen en het werd dus vooral een pressiemiddel voor kostenbesparing.

Het nieuwe akkoord heeft een integraal zorgakkoord voor ogen waarbij V&VN gesprekspartner is. Dit zorgakkoord gaat over alle lijnen. De afdeling Vrouw & Kind heeft hier ook input voor gegeven. Er komt nog een ledenraadpleging over het nieuwe Integrale Zorgakkoord of die is inmiddels al geweest.

Kortom, er is veel gaande. Ik heb geprobeerd inzicht te geven en connecties te maken tussen landelijke beslissingen die invloed hebben op de praktijk. Daarnaast hoop ik dat dit verhaal inspiratie geeft om zelf aan de slag te gaan op de werkvloer. ■

Uit een peiling onder de ziekenhuiscontactpersonen van V&V VOG

Initiatieven op de werkvloer

- Samenwerking neonatologie, dubbel opleiden, juiste zorg juiste plek, één verpleegkundige op één gezin.
- Kraamzorg inzetten uit eerste lijn voor poliklinische baringen
- Capaciteitsapp of overleg, inzet coördinator, LPZ
- Servicemedewerkers voor voeding/schoonmaak etc. 24/7
- Thuismonitoring
- Balloninleiding naar huis
- 24/7 inleiden
- 24/7 ontslag
- Sectio: dag één naar huis
- Bili-cocoon naar huis
- Hyperemesis dagopnames
- Triagewijzer inzetten
- Sectio: opname zonder bed, dus lopend naar OK, daarna pas op een bed. Dat kan dan op bed van ontslagen patiënt, dan hoeft je geen bed vrij te houden.
- Pprom stabiel, dan in thuismonitoring/1xdd ctg. Niet meer opgenomen blijven.

Waar zie je mogelijkheden

- Meedenken in het VSV door verpleegkundigen !!
- Opnames niet omwille van DBC (nacht overblijven)
- Actueel overzicht > LPZ
- Inzicht in zorg eerste lijn, daardoor capaciteit beter kunnen afstemmen
- Finnegan score thuis afnemen en vervolgen
- Hyperemesis thuis infusie (thuiszorg)
- Kraamzorg opstart 24/7, ook bereikbaar 's nachts.
- Samenwerking kinderthuiszorg: billi-cocoon, sondevoeding, billi prikken, glucose prikken thuis.
- Eerstelijns verloskundige die medische partus afmaakt met verpleegkundige.
- Dubbel opleiden verpleegkundige/verloskundige
- Obstetrie verpleegkundige dubbel scholen met SEH/IC/CCU
- Eerstelijns geboortecentra
- Besluit/onderzoek opnameduur observatie meconium/vacuüm nog veel verschil in het land.
- Stimuleren meer bevallingen thuis, bv, mult 8cm insturen voor pijnstillingsverzoek.
- Betere opvangmogelijkheden voor jonge ouders en mogelijkheden aanpassen werktijden.
- Drukverlaging werkzaamheden waardoor ruimte ontstaat meer te gaan werken.

De cijfers

	Aantal	Vacaturegraad	Opleidingsadvies (per jaar)
Obstetriverpleegkundigen	3017	105 fte (verdubbeling sinds 2016)	229 (geen enkel jaar het advies behaald)
IC Neonatologieverpleegkundigen	753	75 fte	105
Kinderverpleegkundigen	3948	156 fte	424

O&G in het VSV

Uit het landelijk overleg blijkt dat het delen van initiatieven van de werkvloer essentieel is voor vergroting van de capaciteit. Dan gaat het om kleine goedwerkende initiatieven die je zo kunt invoeren. Regio zuidwest heeft bijvoorbeeld een keuzemenu gemaakt voor de VSV's, om te werken aan capaciteit, dus het delen van goede kleine ideeën die je vandaag nog kan invoeren. Bijvoorbeeld op flexibele tijden inleiden, zodat je een betere patiëntenspreiding hebt.

De gedachte kwam ook op dat het belangrijk is dat de obstetriverpleegkundige actief deelneemt aan het VSV-bestuur. Zo worden initiatieven breed gedragen en hoor je wat er echt speelt op de werkvloer. Dit is besproken met de Federatie van VSV's en die staan hierachter.

Hoofdverpleegkundige Ine De Jonge-Koning (Amsterdam UMC) over overleg in de regio

'De geboortezorg staat onder druk en is regelmatig in het nieuws. Dit doet wat met mij, als verpleegkundig hoofd, om te zien dat het in iedere dienst weer een heel gepuzzel is, om aanstaande ouders te kunnen ontvangen en zorg te kunnen bieden waar we voor staan. Het is helaas geen uitzondering dat de ouders niet kunnen bevallen in het ziekenhuis naar keuze of moeten worden overgeplaatst binnen of buiten de regio. Dat vind ik geen goede ontwikkeling.

Onlangs hebben we op verzoek van het bestuurlijk overleg Capaciteit Verloskunde Amsterdam-Amstelland het operationeel/tactisch Coördinatoren Overleg Geboortezorg Amsterdam-Amstelland (COGAA) opgericht om bij te dragen aan de capaciteitsproblemen. Het COGAA is een multidisciplinair overleg tussen de eerstelijns verloskundigen, kraamzorg, verloskunde-afdelingen in de ziekenhuizen en verzekeraars in de regio Amsterdam-Amstelland. De focus van het overleg ligt op het verkorten van de lijnen, creëren van vertrouwen, afstemming, bedenken en toepassen van pragmatische dagelijkse oplossingen. Om vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen zijn verschillende registraties opgezet om zicht te krijgen op de actuele bevallingen en toekomstige baringen. Ook zijn er tijdelijk extra poliklinische bevalplekken gerealiseerd in alle ziekenhuizen.'

