

## Best Practice Carrousel voor VSV's-IGO's

### Doel Best Practice – Inleiden in samenwerking met de eerste lijn d.m.v. ballonkatheter

Zwangeren die vanwege naderende serotiniteit zouden worden ingeleid in het ziekenhuis krijgen een dag voor de geplande inleiding een ballonkatheter ingebracht door de klinisch verloskundige in het ziekenhuis. De zwangere gaat met ballonkatheter naar huis en de volgende dag (bij voorkeur ochtend) komt de eerstelijns verloskundige thuis langs om de ballonkatheter te verwijderen en indien mogelijk de vliezen te breken. Als de zwangere hierop in partu raakt, bevalt ze zoals elke andere zwangere die bevalt onder begeleiding van de eerste lijn. Als ze niet in partu komt, komt ze alsnog in het ziekenhuis voor de inleiding.

Zwangeren met naderende serotiniteit krijgen tussen 41.0 en 41.5 (in overleg) eind van de middag een ballonkatheter ingebracht. Dit gebeurt in het ziekenhuis en wordt gedaan door de klinisch verloskundige. Tevens draait men een CTG t.b.v. controle van de foetale conditie. Mw. gaat met de ballonkatheter naar huis. Mw. is zowel mondeling als middels een gezamenlijke folder geïnformeerd over de mogelijkheden t.a.v. het beloop. (inbrenge krampen, srom, spontaan in partu, spontaan verlies ballon).

De volgende ochtend komt de eerstelijns verloskundige bij voorkeur in de ochtend bij mw. thuis. Zij zal bij voldoende rijpheid van de portio de ballon verwijderen en een AROM doen. (volgens protocol: geheel verstreken, 2-3 cm ontsluiting en een caput minstens op H1). Bij helder vruchtwater wordt normaal protocol langdurig gebroken vliezen gehanteerd. Mw. heeft dus max 24 uur de tijd om in partu te komen en te bevallen op de plek waar zij dit wenst. Bij onvoldoende rijpheid blijft de ballon zitten tot 17 uur en is er contact met de tweede lijn. Indien onvoldoende effect zal de procedure 1 of 2 dagen later herhaald worden. Vanaf 42 weken valt mw. onder de hoede van de tweede lijn.

### Ervaring - Evidence

In de regio Midden Kennemerland draait deze best practice nu drie jaar. Jaarlijks worden de uitkomsten binnen de regio besproken en tot nu toe wordt steeds naar alle tevredenheid geconcludeerd de best practice te continueren. Uit de cijfers blijkt dat uitkomsten als niet vorderende ontsluiting en uitdrijving en kunstverlossingen vergelijkbaar zijn met de groep die spontaan in partu komt zonder ballonkatheter en ook met de groep die met oxytocine wordt ingeleid. De tevredenheid ligt vooral in het feit dat 91% van de vrouwen die een ballonkatheter kregen hun baring konden starten in de eerste lijn. Voor 32% van de vrouwen geldt dat ze hun gehele baring en post partum periode onder leiding van de eerste lijn blijven.

### Randvoorwaarden:

De samenwerking en het vertrouwen tussen de eerste en de tweede lijn dient al van zeer goede kwaliteit te zijn. De afstemming tussen de klinisch verloskundige (of andere zorgprofessional die de ballonkatheter inbrengt in het ziekenhuis) en de eerste lijn vraagt veel vertrouwen in en goede communicatie met elkaar.

Het voorlichtingsmateriaal waarmee de cliënten worden geïnformeerd moet helder en duidelijk zijn voor alle cliënten. Dit materiaal is beschikbaar vanuit de regio Midden Kennemerland. Er moet iemand binnen de regio zijn die de 'kartrekker' wordt van dit project nadat de projectleider is vertrokken; het is van essentieel belang dat de cijfers en uitkomsten van deze best practice uiterst zorgvuldig worden bijgehouden.

### **Inbreng eigen kosten**

Dit project heeft geen kosten in de zin van aanschaf van materialen. Wel qua personeelsuren van de eerste lijn om de ballonkatheters thuis te verwijderen, afstemmingsinspanning vanuit eerste en tweede lijn en het bijhouden van de cijfers en uitkomsten van degene die dit als taak krijgt.

### **Stappenplan**

1. Keuze project
2. Keuze begeleiding A,B,C
3. Aanstellen projectleider
4. Samenstellen werkgroep
5. Organisatie startbijeenkomst voor het VSV-IGO
6. Regelen logistiek – vaardigheid ballon verwijderen verloskundigen eerste lijn – afstemmen logistieke procedure in zowel tweede als eerste lijn
7. Maken info materiaal voor cliënten
8. Start best practice
9. Tussentijdse monitoring – evaluatie – bijstellen werkwijze
10. Tussentijdse presentaties op VSV-IGO bijeenkomsten
11. Afsluiten pilotfase en besluit tot wel/niet implementeren als reguliere zorg