

TNO Preventie en Gezondheid

Divisie Jeugd
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

TNO-rapport

www.tno.nl

PG/JGD 2002.089

T 071 518 18 18

Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek

F 071 518 19 15

info-jeugd@pg.tno.nl

Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek

Datum	april 2002
Auteurs	K.C. Herschderfer K.C.A. Sneeuw S.E. Buitendijk



Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbers is toegestaan.

WQ 100

Samenvatting

Inleiding en vraagstelling

Vanwege de zorgwekkende situatie in de kraamzorg werd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (WVS) een onderzoek uitgevoerd naar de kraamzorg. In het tweede deelonderzoek van het project 'Het Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek' is onderzoek verricht naar de behoefte en beschikbaarheid van de kraamverzorging. Daarnaast werd de inhoud en effectiviteit van de kraamverzorging alsmede de factoren die daarop van invloed zijn, bestudeerd.

Onderzoeksopzet

Het deelonderzoek bestaat uit twee aparte onderzoeken. In het zogenaamde prospectieve onderzoek werden door middel van een landelijke steekproef gegevens verzameld van kraamvrouwen, kraamverzorgenden en verloskundige hulpverleners. Hiervoor zijn vragenlijsten ingevuld tijdens en vlak na de kraambedperiode. Van de kraamvrouwen is daarnaast informatie verkregen 6 weken na de bevalling. In het zogenaamde retrospectieve onderzoek werd een vragenlijst voorgelegd aan een a-selecte groep moeders met zuigelingen jonger dan 6 maanden tijdens een bezoek aan het consultatiebureau.

Resultaten

Het blijkt dat 95% van alle kraamvrouwen in Nederland kraamzorg van een kraamzorginstelling ontvangt. Er wordt gemiddeld 46 uren zorg geleverd gedurende bijna 7 dagen. Vrouwen die thuis bevallen ontvangen gemiddeld meer kraamzorguren dan vrouwen die in het ziekenhuis bevallen. Laag opgeleiden, allochtonen en vrouwen in de grote steden ontvingen beduidend minder uren kraamzorg. In bijna de helft van de kraambedden wordt het aantal afgesproken kraamzorguren niet geleverd. Daar staat tegenover dat 14% van de kraamvrouwen meer uren krijgt dan afgesproken. In bijna een kwart van de kraambedden wordt het aantal afgesproken kraamzorgdagen niet gehaald.

Zeventig procent van de vrouwen is tevreden over het aantal dagen en uren dat ze ontvangen. Afspraken over de te leveren kraamzorg is gemaakt bij 44% van de vrouwen tijdens een huisbezoek.

In ruim de helft van de kraambedden vond minstens één wisseling van de kraamverzorgende plaats. De meeste kraamvrouwen die een wisseling in de kraamverzorgende meemaken stonden hier positief of neutraal tegenover. Iets meer dan een kwart van de kraamvrouwen heeft een dergelijke wisseling als onplezierig ervaren.

Bij een derde van de bevallingen arriveert de kraamverzorgende pas na de geboorte van het kind. Niet-tijdige partusassistentie lijkt grotendeels het gevolg van het late moment waarop de kraamverzorgende is opgeroepen en de snelheid van de bevalling. De helft van de kraamverzorgenden geeft aan liever eerder bij de bevalling aanwezig te willen zijn.

Kraamverzorgenden besteden gemiddeld 44% van de tijd aan niet-zorggerelateerde taken. Gezinnen met meerdere kinderen krijgen per dag gemiddeld een half uur langer kraamzorg. Bij vrouwen met een eerste kind werd meer tijd besteed aan voorlichting en instructie en hulp bij borst- of flesvoeding.

Tijdens de verzorging en controle van moeder en kind en tijdens het helpen bij borst- of flesvoeding worden dagelijks in gemiddeld 12-15% van de kraambedden problemen

gesignaleerd door de kraamverzorgenden. In een kwart van de gevallen wachtte de kraamverzorgende het verloop van de klachten of problemen af en in de helft van de gesignaleerde problemen zocht de kraamverzorgende zelf een oplossing. Dit gebeurde vaak niet in overleg met de verloskundige hulpverlener.

Bijna alle kraamvrouwen beoordelen de uitvoering (door kraamverzorgenden) van de verschillende taken behorend tot de kraamverzorging als goed of voldoende. De drie taken die betrekking hebben op de emotionele ondersteuning van de kraamvrouw en het gezin werden relatief minder gunstig beoordeeld.

Aan het einde van het kraambed blijken de meeste vrouwen over voldoende kennis te beschikken wat betreft de verzorging van de baby en henzelf en over de voeding. Jongere en lager opgeleide vrouwen blijken over minder kennis te beschikken. De kennis over “veilig slapen” is onvoldoende.

Vrijwel alle kraamvrouwen geven aan het einde van de kraambedperiode aan geheel in staat te zijn de lichamelijke verzorging van de baby en hen zelf op zich te nemen. Daarentegen acht 30-40% van de kraamvrouwen zich niet in staat zware huishoudelijke taken te verrichten. Vrouwen boven de 30 jaar, hoger opgeleide vrouwen, vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen en vrouwen die een eerste kind kregen blijken minder zelfredzaam te zijn aan het einde van het kraambed. Zij uiten ook een grotere behoefte aan zorg na de kraamtijd. Vrouwen met minder dan 6 uur kraamzorg per dag of die minder dan de afgesproken uren kregen, zijn minder zelfredzaam na de kraamtijd. Ook zijn zij 6 weken na de bevalling relatief meer ongerust over de gezondheid van hun kind.

Conclusies

De kraamverzorging in Nederland wordt door zowel de zorggebruikers als de zorgverleners goed beoordeeld en voldoet in de meeste gevallen aan de doelstellingen van de zorgverlening. Toch zijn op een aantal punten problemen gesignaleerd die verbeterd zouden kunnen worden.

Over de behoefte en beschikbaarheid van de kraamzorg kan geconcludeerd worden dat:

- Er in het algemeen sprake is van een grote behoefte aan kraamzorg.
- Het feit dat bijna de helft van alle kraamvrouwen niet het aantal afgesproken kraamzorguren krijgt, reden is tot zorg.
- Het feit dat partusassistentie door de kraamverzorgende vaak pas plaatsvindt na de geboorte van het kind, reden is tot zorg.

Over de inhoud van de kraamzorg kan geconcludeerd worden dat:

- Er grote overeenstemming is tussen de dagelijkse activiteiten van de kraamverzorgenden en de aanbevolen dagelijkse kraamzorghandelingen—en activiteiten zoals gerapporteerd in deel 1 van ons onderzoek, het literatuur- en consensusonderzoek (hier niet gerapporteerd).

Over de effectiviteit en waardering van de kraamverzorging kan geconcludeerd worden dat:

- De kraamverzorging voldoet aan een van de belangrijkste doelstellingen van de zorgverlening, namelijk de vroege signalering van problemen bij moeder en kind.
- Het feit dat na het signaleren van problemen kraamverzorgenden vaak eigen oplossingen toepassen zonder voorafgaand overleg met de verloskundige hulpverlener, aandacht behoeft.
- Het feit dat een groot aantal van de verschillende oplossingen en middeltjes gebruikt door kraamverzorgenden niet bewezen effectief is, aandacht behoeft.
- Kraamzorg de kennis en zelfredzaamheid van kraamvrouwen bevordert.

- Vrouwen over het algemeen tevreden zijn met de kraamverzorging hoewel de zorgonderdelen met betrekking tot de emotionele en sociale ondersteuning iets minder gunstig worden beoordeeld.

Over factoren die invloed uitoefenen op de behoefte, de beschikbaarheid en de inhoud en het effect van de kraamverzorging kan geconcludeerd worden dat:

- Bij de jongste groep vrouwen, allochtone vrouwen, laag opgeleide vrouwen en vrouwen in de grote steden de behoefte aan kraamzorg minder groot lijkt.
- Aan laag opgeleiden, allochtonen en aan kraamvrouwen in de grote steden gemiddeld minder uren kraamzorg wordt geleverd.
- Vrouwen die minder dan 6 uur per dag kraamzorg ontvangen en vrouwen die minder dan de afgesproken uren hebben gekregen, minder zelfredzaam zijn na de kraamtijd en meer ongerust over de gezondheid van hun kind zes weken na de bevalling.

Al deze feiten behoeven aandacht.

Aanbevelingen

- De redenen voor het lage aantal geleverde kraamzorguren in de groeperingen, die juist het meest geholpen zijn met deze zorg, moeten in kaart worden gebracht en er moet gezocht worden naar mogelijke oplossingen voor dit probleem. Men kan hierbij denken aan meer gerichte voorlichting over kraamzorg aan bepaalde groepen, vergroting van het aanbod specifiek voor bepaalde groepen en het creëren van voorwaarden om het voor de kraamverzorgenden aantrekkelijker te maken om in de grote steden te werken.
- Ondersteuning door een kraamverzorgende tijdens de ontsluitingsfase van de geboorte moet in ere worden hersteld. Dit kan de kwaliteit van de zorgverlening rondom de geboorte verbeteren en een bijdrage leveren aan de arbeidssatisfactie van de kraamverzorgenden.
- Er moeten multidisciplinaire richtlijnen voor kraamzorg worden ontwikkeld. Deze kunnen een bijdrage leveren aan zowel een verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening als aan een verbetering van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners betrokken bij de begeleiding van de kraambedperiode.
- Er moet meer aandacht komen voor de emotionele en sociale ondersteuning van kraamvrouwen in de huidige kraamzorg opleidingen en nascholingstrajecten.

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 9
1.1	Aanleiding — 9
1.2	Onderzoeksopzet — 9
1.3	Afbakening — 10
1.4	Begeleidingscommissie — 11
1.5	Samenvatting literatuur- en consensusonderzoek — 11
1.6	Inhoud huidige rapportage — 13
2	Methode — 15
2.1	Prospectief onderzoek — 15
2.1.1	Opzet — 15
2.1.2	Werving — 15
2.1.3	Vragenlijsten — 17
2.1.4	Omschrijving variabelen — 18
2.2	Retrospectief onderzoek — 22
2.2.1	Opzet — 22
2.2.2	Vragenlijst — 22
2.2.3	Omschrijving variabelen — 22
3	Resultaten — 25
3.1	Prospectief onderzoek — 25
3.1.1	Onderzoekspopulatie — 25
3.1.2	Voorbezoek/Intake — 29
3.1.3	Partusassistentie — 30
3.1.4	Kraamverzorging — 31
3.1.5	Zelfredzaamheid en kennis bij einde kraamzorg — 45
3.1.6	Zorgbehoefte na kraambed — 49
3.1.7	Melkvoeding, slaaphouding en bezoek consultatiebureau na zeven weken — 50
3.1.8	Belang kraamzorg — 51
3.2	Retrospectief onderzoek — 53
3.2.1	Onderzoekspopulatie — 53
3.2.2	Kraamzorg — 55
4	Beschouwing — 59
4.1	Inleiding — 59
4.2	Beschikbaarheid — 59
4.2.1	Beschikbare uren en dagen — 59
4.2.2	Voorbezoek/Intake — 60
4.2.3	Partusassistentie — 60
4.3	Inhoud van de kraamverzorging — 61
4.3.1	Frequentie van activiteiten — 61
4.3.2	Samenwerking tussen zorgverleners — 62
4.3.3	Wisseling kraamverzorgenden — 62
4.3.4	Acties bij gesignaleerde problemen — 62
4.4	Effect van de kraamverzorging — 63
4.4.1	Vroegsignalering — 63
4.4.2	Zelfredzaamheid — 63
4.4.3	Ongerustheid 6 weken post partum — 63
4.4.4	Kennis — 64
4.5	Satisfactie met kraamzorg — 64

5 **Conclusies en aanbevelingen — 65**

6 **Referenties — 69**

Bijlage(n) niet aanwezig

A Dagelijkse vragenlijst kraamvrouw

B Einde kraambed vragenlijst kraamvrouw

C Toelichting voor kraamvrouw

D Zes weken vragenlijst kraamvrouw

E Dagelijkse vragenlijst kraamverzorgende

F Einde kraambed vragenlijst kraamverzorgende

G Toelichting voor kraamverzorgende

H Partusassistentie vragenlijst kraamverzorgende

I Einde kraambed vragenlijst verloskundige

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Vanwege de zorgwekkende situatie in de kraamzorg en uit behoefte aan zowel een inventarisatie van de beschikbaarheid van de zorgverlening als een inhoudelijke onderbouwing van de kwaliteit ervan, kwam in het voorjaar 1999 een initiatiefgroep*, bestaande uit diverse betrokkenen op het gebied van kraamzorg, bijeen om onderzoek te entameren naar de inhoud en effectiviteit van kraamzorg in het huidige systeem. Na het overleg tussen de Minister van VWS met de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid op 29 september 1999 is TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) gevraagd om, samen met de kraamzorginitiatiefgroep, een onderzoeksvoorstel uit te werken. Begin 2000 heeft VWS TNO-PG de opdracht gegeven aan om dit onderzoek uit te voeren.

Vraagstellingen

Om de inhoud van een verantwoord kraamzorgpakket samen te kunnen stellen en op basis daarvan het huidige beleid bij te stellen werd, in nauwe samenspraak met het Ministerie, een onderzoek ontwikkeld dat antwoord moet geven op de volgende vragen:

1. Wat wordt door de verschillende zorgaanbieders en zorgverleners verstaan onder goede kraamzorg; wat is door zorgaanbieders vastgelegd in schriftelijke richtlijnen en wat is de consensus in het veld van experts?
2. Welke verrichtingen in de kraamzorg zijn van belang op basis van wetenschappelijk bewijs in de bestaande vakliteratuur en welke zijn niet nuttig of zelfs schadelijk op basis van wetenschappelijk bewijs? Welke verrichtingen lijken van belang op basis van de bestaande richtlijnen en de 'expert opinion'?
3. Wat is de behoefte aan kraamzorg en in hoeverre wordt aan deze behoefte voldaan in de huidige praktijk?
4. Uit welke, werkelijk geleverde, verrichtingen bestaat het huidige kraamzorgpakket?
5. In hoeverre leiden essentiële verrichtingen (zoals voorlichting over borstvoeding en slaaphouding) tot de gewenste veranderingen in kennis, houding en gedrag bij de kraamvrouw?
6. Welke factoren kunnen de inhoud en het effect van de geleverde zorg beïnvloeden?

1.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar de kraamzorg in Nederland bestaat uit drie deelonderzoeken. Het eerste deel betreft een literatuur- en consensusonderzoek, waarover bij eerdere gelegenheid reeds gerapporteerd is (Herschderfer, 2001). Het tweede deel betreft het inventarisatie- en evaluatieonderzoek dat beschreven wordt in de huidige rapportage. Tenslotte wordt een derde deelonderzoek uitgevoerd naar kraamzorg bij allochtonen waarvan de eindrapportage juni 2002 verwacht wordt.

* De initiatiefgroep bestond uit Prof.dr. P.E. Treffers, emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie; mevrouw R. van Vliet, inspecteur Thuiszorg VWS; mevrouw J.A.M. Oskam, senior beleidsmedewerker LVT; T. de Jong, bestuurslid (voormalig) LCK; mevrouw A. Splinter, medewerker BTN; dr. H.P. Verbrugge, voorm. Inspecteur Moederschapszorg; mevrouw M. Amelink, verloskundige-onderzoeker; mevrouw dr.S.E. Buitendijk, arts-epidemioloog; mevrouw K. Herschderfer, verloskundige-onderzoeker (laatste drie personen werkzaam bij TNO-PG).

A. Literatuur- en consensusonderzoek

Doel:

Het definiëren van inhoudelijk goede kraamzorg op basis van de aanwezige 'evidence' in de vakliteratuur, op basis van gecombineerde schriftelijke richtlijnen, en op basis van kennis en ervaring in de beroepsgroep (consensus).

Methode:

- literatuuronderzoek
- protocollenonderzoek
- consensusonderzoek

B. Inventarisatie- en evaluatieonderzoek

Doel:

In kaart brengen welke onderdelen van zorg en verrichtingen feitelijk worden geleverd in het huidige kraamzorgpakket. Bepalen hoe zich dit verhoudt tot wat volgens de beschikbare 'evidence' en de gecombineerde schriftelijke richtlijnen en consensus zou moeten worden geleverd.

Methode:

- prospectief onderzoek bij een representatieve groep kraamvrouwen
- retrospectief onderzoek bij een landelijke steekproef van vrouwen via het consultatiebureau

C. 'Kraamzorg voor allochtonen' onderzoek

Doel:

Inzicht krijgen in de bekendheid van het systeem van kraamzorg bij allochtonen, de toegankelijkheid van kraamzorg voor allochtonen en de mate waarin kraamzorg aansluit bij de behoeften van allochtonen.

Methode:

- prospectief vergelijkend onderzoek tussen allochtone kraamvrouwen met kraamverzorging en allochtone kraamvrouwen zonder kraamverzorging

1.3 Afbakening

Het onderzoek richt zich op kraamzorg die thuis, door een gekwalificeerde kraamverzorgende (of een als zodanig werkende verpleegkundige) wordt gegeven. Kraamzorg thuis valt per definitie onder de verantwoordelijkheid van de eerste lijn, ook als het eerste gedeelte van het kraambed klinisch onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn wordt doorgebracht (bv. na een sectio caesarea).

In beginsel komen alle activiteiten en handelingen die door een kraamverzorgende normaliter worden uitgevoerd, of zouden kunnen worden uitgevoerd (maar in ons huidig systeem veelal als verloskundige werkzaamheden worden gekwalificeerd), voor objectivering in aanmerking. Niet in het onderzoek betrokken zijn kraamzorg na perinatale sterfte, na de geboorte van een kind met aangeboren afwijkingen, na tweelingzwangerschap en speciale kraamzorg in het geval van couveusenazorg. Er is gekozen voor afbakening van het onderzoek tot de normaal gebruikelijke kraamzorg omdat speciale kraamzorg in het prospectieve onderzoek niet voldoende vertegenwoordigd kan zijn. Hierdoor is een zinvolle analyse van de effecten van kraamzorg in bijzondere omstandigheden niet mogelijk.

1.4 Begeleidingscommissie

Een begeleidingscommissie is ingesteld om het onderzoek op inhoudelijke kwaliteit te beoordelen en de voortgang van het onderzoek te bewaken. Deze commissie is gedeeltelijk voortgekomen uit de eerder genoemde initiatiefgroep en aangevuld met vertegenwoordigers uit beroepsgroepen en instellingen die betrokken zijn bij kraamzorg in Nederland. De begeleidingscommissie bestaat uit:

Prof. dr. P.E. Treffers, emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie; mevrouw R. de Boer, inspecteur voor de Perinatale zorg, IGZ; de heer Tj. de Jong, verloskundige, (voormalig) Landelijk Centrum Kraamzorg; mevrouw A. Splinter, medewerker Branche Thuiszorg Nederland; dr. H.P. Verbrugge, voormalig Inspecteur Moederschapszorg; mevrouw R. Verheggen, beleidsmedewerker STING (beroepsvereniging voor de verzorging); mevrouw mr. J.D.M. Pattiwael, ministerie van VWS; mevrouw M. Bergsma, vertegenwoordiger Stichting Perinatale Zorg en Consumenten; mevrouw dr. T. Wieggers, Nivel; mevrouw dr. J. van Duuren, Zorgverzekeraars Nederland, mevrouw A. Waelput, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen; de heer drs. A.J. Bosch, Vereniging Verloskundig Actieve Huisartsen; mevrouw C. van der Velden, stafverpleegkundige kraamzorg en lactatiekundige; mevrouw S. Bruijns, senior beleidsmedewerker Landelijke Vereniging Thuiszorg.

1.5 Samenvatting literatuur- en consensusonderzoek

Inleiding en vraagstelling

Vanwege de zorgwekkende situatie in de kraamzorg wordt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (WVS) een onderzoek naar de kraamzorg uitgevoerd. In het eerste deelonderzoek van het project, het 'literatuur- en consensusonderzoek' werd gebruik gemaakt van drie verschillende informatiebronnen om inhoudelijke goede kraamzorg te definiëren.

Onderzoeksopzet

In dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en vigerende consensusdocumenten (literatuur), de door diverse kraamzorginstellingen beschikbaar gestelde schriftelijk vastgelegde voorschriften en richtlijnen over verrichtingen in de kraamzorg (protocollen) en de meningen gebaseerd op expertise en consensus van betrokkenen in het veld (consensus). Hierbij zijn de meest voorkomende activiteiten en handelingen die door een kraamverzorgende normaliter worden uitgevoerd (of zouden kunnen worden uitgevoerd) en die vallen onder de geformuleerde doelstellingen van kraamzorg, uitgebreid onder de loep genomen.

Om vast te stellen wat de inhoud is van kwalitatief goede kraamzorg, zijn deze handelingen vervolgens gecategoriseerd in termen van effectiviteit en mate van onderbouwing. Bij de rangschikking van effectiviteit is onderscheid gemaakt naar (mogelijk) effectieve handelingen, (mogelijk) niet-effectieve handelingen en (mogelijk) schadelijke handelingen. Daarnaast werden handelingen onderscheiden waarover geen uitspraak te doen is over de effectiviteit door gebrek aan literatuur en/of consensus. De mate van onderbouwing van de effectiviteit van handelingen in de kraamzorg is vastgesteld op basis van de verschillende bronnen waarmee kennis over een bepaald onderwerp is verkregen.

Resultaten

Om de twee belangrijkste doelen van de kraamverzorging te realiseren, het tijdig opsporen van mogelijk beginnende pathologie bij moeder en kind en het in gang zetten van preventieve maatregelen waardoor problemen bij moeder en kind kunnen worden voorkomen of kunnen worden beperkt, gebruiken de kraamverzorgenden een scala aan handelingen en controles. Van slechts een beperkt deel van deze handelingen is de effectiviteit daadwerkelijk aangetoond.

Het blijkt dat de medische effectiviteit van een groot aantal routinematig toegepaste controles niet met harde evidence onderbouwd kan worden. Voor een deel van deze niet-onderbouwde maatregelen bestaat echter wel overeenstemming in vigerende nationale of internationale consensusdocumenten.

Het grootste deel van de handelingen in de kraamperiode is niet onderbouwd met evidence, noch met protocollen met literatuurreferenties. Deze handelingen kunnen toch beoordeeld zijn als 'horend bij de taak van de kraamverzorgende' door het consensuspanel, of door eenheid van mening in protocollen en werkinstructies..

Er zijn vele verschillen geconstateerd tussen landelijke protocollen en richtlijnen enerzijds en werkinstructies en protocollen gemaakt door de lokale kraamzorginstellingen, anderzijds. Dit lijkt voor een groot deel veroorzaakt door regionale of lokale afspraken met hulpverleners in de postnatale zorgverlening. Daarnaast werden verschillen gevonden tussen protocollen onderling, tussen protocollen en werkinstructies, en tussen werkinstructies onderling. Verder kan worden opgemerkt dat in de verschillende protocollen en werkinstructies geen eenduidigheid bestaat over de verrichtingen die zelfstandig door kraamverzorgenden uitgevoerd kunnen worden. Ook wordt bijna geen aandacht besteed aan de wijze van samenwerking en het maken van afspraken over de zorgverlening met andere hulpverleners.

Conclusies en aanbevelingen

- Voor zover deze 'evidence-based' maatregelen behoren tot het domein van de kraamverzorgende, dienen zij in de opleiding tot kraamverzorgende te worden onderwezen en door kraamzorgaanbieders te worden verwerkt in duidelijke protocollen en werkinstructies.
- Activiteiten en handelingen waarvan op basis van onderzoek kan worden geconcludeerd dat ze niet effectief zijn (of zelfs schadelijk), dienen uit protocollen en werkinstructies te worden verwijderd. Waar de indruk bestaat dat ze nog worden toegepast, dient expliciet in de werkdocumenten vermeld te worden dat dit ongewenst is. Bestaande protocollen dienen op evidence te worden bekeken en waar nodig moeten nieuwe protocollen worden ontworpen.
- Tot evidence beschikbaar komt waaruit blijkt dat ze niet zinvol zijn, horen maatregelen in vigerende Nederlandse of internationale consensusdocumenten in de opleiding tot kraamverzorgende te worden onderwezen en dienen ze te worden verwerkt in protocollen en werkinstructies.
- Kraamzorgaanbieders kunnen overwegen de mening van het consensuspanel als leidraad te nemen bij het al dan niet opnemen van bepaalde niet bewezen effectieve handelingen in protocollen en werkinstructies. Met name die handelingen die te maken hebben met het gestructureerd verlopen van overleg en overdracht, zullen de kwaliteit van de zorg zeer waarschijnlijk ten goede komen en dienen ons inziens om die reden te worden behandeld in de opleiding en deel uit te maken van protocollen en werkinstructies

- Het verdient aanbeveling voor een aantal kraamzorghandelingen en -activiteiten waarvoor voldoende evidence bestaat, landelijk overeenstemming te bereiken in de vorm van een richtlijn of een standaard.
- Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorgsector met betrekking tot ketenzorg, en vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, lijkt het nuttig landelijke richtlijnen te ontwikkelen met betrekking tot de wijze van samenwerking tussen zorgverleners betrokken bij de kraambedperiode en het maken van afspraken over de zorgverlening met andere hulpverleners. Deze richtlijnen zou ontwikkeld kunnen worden door de beroepsorganisaties van de betrokken hulpverleners. Hierin kan aandacht besteed worden aan het schriftelijk documenteren van afspraken. Dit zou als leidraad kunnen fungeren voor het maken van regionale of lokale afspraken over de verdeling van de zorgactiviteiten en over de wijze van informeren bij afwijkende bevindingen.

1.6 Inhoud huidige rapportage

In dit rapport wordt verslag gedaan van de gehanteerde methode en resultaten van het inventarisatie-en evaluatieonderzoek (vraagstellingen 3, 4, 5 en 6, zoals genoemd op pag. 10; deelonderzoek B zoals genoemd op pag. 11). Dit deelonderzoek bestond uit een prospectief en een retrospectief deel. In het onderzoek wordt landelijk in kaart gebracht welke onderdelen van zorg en verrichtingen feitelijk geleverd worden in de kraambedperiode. Tevens wordt de effectiviteit en doelmatigheid van deze zorg op de gezondheid van moeder en kind geëvalueerd. Uitgangspunt daarbij zijn de Basiskwaliteitseisen (LVT 1999) en de onderbouwing van kwalitatief goede kraamzorg zoals gerapporteerd in de eindrapportage van het literatuur- en consensusonderzoek (Herschderfer, 2001).

2 Methode

2.1 Prospectief onderzoek

2.1.1 *Opzet*

Om aan de doelstellingen van het onderzoek te kunnen voldoen, en in kaart te brengen welke onderdelen van zorg en verrichtingen feitelijk worden geleverd in de normaal gebruikelijke kraamzorg is een onderzoekspopulatie van kraamvrouwen gekozen die wat betreft (socio-)demografische karakteristieken en het gebruik van diverse soorten kraamzorg voor zover mogelijk een landelijk beeld zou weerspiegelen. Het samenstellen van een representatieve onderzoekspopulatie door middel van een regionale steekproef bleek onmogelijk wegens het ontbreken van basale landelijke gegevens over de geleverde kraamzorg en de achtergrondkenmerken van afnemers van kraamzorg. Daarom is besloten gegevens te verzamelen middels een landelijke steekproef waardoor kans op representativiteit vergroot zouden worden. Hierbij werd berekend dat een steekproef van tenminste 400 kraambedden groot genoeg zou zijn om te kunnen spreken van voldoende statistisch onderscheidingsvermogen. Voor inclusie in het onderzoek moest aan de volgende criteria worden voldaan:

- Er moest kraamzorg afgesproken zijn via een kraamzorgorganisatie of een onafhankelijk kraamzorgbureau.
- De kraamvrouw moest de Nederlandse taal voldoende beheersen om dagelijks een vragenlijst te kunnen invullen.
- De eerste dag van de begeleiding van het kraambed mocht niet later zijn dan de 6^e dag post partum (de dag van de bevalling telt als dag 1).
- Kraamverzorging in geval van meerlingen, aangeboren afwijkingen of perinatale sterfte, valt buiten de opzet van dit onderzoek.

2.1.2 *Werving*

Voor de werving van de kraambedden voor dit onderzoek werd besloten de hulp van verloskundigenpraktijken in te roepen. Deze beroepsgroep is immers geheel of gedeeltelijk verantwoordelijk voor de medische begeleiding tijdens de kraambedperiode bij ruim 80% van alle vrouwen die per jaar in Nederland bevallen (Prismant 2001). De meerwaarde van werving via verloskundigenpraktijken is dat een traject van informatie aan eventueel deelnemende kraamvrouwen ingezet kon worden tegen het einde van de zwangerschap waardoor de meeste vrouwen deelname aan het onderzoek konden overwegen vóór de bevalling. Hierdoor werden vrouwen minder belast in de periode direct na de bevalling. Voor de kraamverzorgende die in een gezin werkte dat deel nam aan het onderzoek werd een korte informatietraject ontwikkeld in samenwerking met de koepelorganisaties in de kraamzorg. De wervingsprocedure van de verloskundigen en de kraamvrouwen en het informatietraject voor kraamverzorgenden worden hieronder afzonderlijk beschrijven.

Wervingsprocedure verloskundigenpraktijken

Voor het slagen van de werving van een representatieve steekproef van kraambedden verspreid door heel Nederland was essentieel dat deelname van een groot aantal verloskundigenpraktijken gerealiseerd zou worden en dat de verloskundigen geen willekeurige selectie zouden toepassen bij het werven van kraamvrouwen. Rekening houdend met de enorme werkdruk van verloskundigen werd een wervingsstrategie

ontwikkeld waarbij deelnemende verloskundigenpraktijken een minimum aan werk hoefden te verrichten. Eveneens werd een werkwijze ontwikkeld waarbij de praktijken gefaseerde berichtgeving met stapsgewijze instructies kregen.

Verloskundigenpraktijken werden geïnformeerd over het onderzoek door middel van een brief naar alle verloskundigenkringen in november 2000 en een brief naar alle verloskundigenpraktijken in december 2000. Berichtgeving over het onderzoek was ook te vinden in het Tijdschrift voor Verloskundigen en op de website www.vroedvrouwen.nl. Vanaf februari tot september 2001 vond elke maand een a-selecte computertrekking van ongeveer 80 verloskundigenpraktijken plaats. Aan deze praktijken werd een brief verstuurd ongeveer 2 weken voordat zij telefonisch werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. In deze brief werden de doelstellingen en logistiek van het onderzoek uiteengezet en werd aangekondigd in welke week de praktijk gebeld zou worden. In de afgesproken week werd het eerste telefoontje verricht waarin gevraagd werd of de praktijk wilde participeren in het onderzoek. In geval van weigering van deelname werd de reden van weigering genoteerd. Indien praktijken te kennen gaven dat zij eventueel deel wilden nemen maar dat het tijdstip niet geschikt was, wegens bijvoorbeeld ziekte of vakantie in de praktijk, werden de praktijken op een later tijdstip teruggezet in de selectie voor de computertrekking.

Bij toezegging voor deelname werden de praktijkgegevens gecontroleerd en werd gevraagd of de praktijken voorgenomen hadden een of twee kraambedden te werven. Na melding van een kraambedwerving werd de deelname van de verloskundigenpraktijk aan de wervingsprocedure beëindigd.

Wervingsprocedure kraamvrouwen

De werving vond plaats tussen maart en november 2001. Binnen 2 dagen na het toezeggen van deelname door de verloskundigenpraktijken werden informatiebrochures over het onderzoek voor verspreiding onder de à terme zwangeren in de praktijk en een tweede brief naar de verloskundigenpraktijken verstuurd. Hierin werd een omschrijving van het begrip random selectie kort herhaald en werd schriftelijk bevestigd welke datum afgesproken was voor het verzenden van de vragenlijsten. De vragenlijsten werden vervolgens meestal na één week op de afgesproken datum verstuurd waarna werd verwacht van de deelnemende praktijken dat zij, na ontvangst van de vragenlijsten, het eerste kraambed dat voldeed aan de inclusiecriteria zouden vragen om deel te nemen aan het onderzoek. Ongeveer 5 dagen na het versturen van de vragenlijsten werd het tweede telefoontje naar de praktijken gepleegd waarin werd geïnformeerd naar het verloop van de werving. Wanneer werving van een kraambed was gelukt werden de naam en telefoonnummer van de deelnemende kraamvrouw en geboortedatum en naam van de pasgeborene genoteerd. Als dit nog niet het geval was werden de praktijken regelmatig terug gebeld om het verloop van de wervingsproces te kunnen documenteren.

Tijdens de kraambedperiode werd telefonisch contact opgenomen met de kraamvrouw om te informeren naar eventuele problemen bij het invullen van de vragenlijsten, te helpen herinneren dat de vragenlijsten na afloop van de kraambedperiode volledig ingevuld opgestuurd moesten worden en toestemming te vragen voor het verzenden van een vragenlijst 6 weken na de bevalling.

Informatietraject Kraamverzorgenden

Na overleg met de koepelorganisaties in de kraamverzorging werd besloten de kraamverzorgenden over het onderzoek te informeren door middel van een begeleidende brief toegevoegd aan de vragenlijsten voor de kraamverzorgende. In deze brief werden de achtergrond, opzet en logistiek van het onderzoek uiteen gezet. Tijdens een

telefoonishche gesprek met de kraamvrouw werd indien mogelijke ook met de kraamverzorgende gesproken om te vragen of de opzet van het onderzoek duidelijk was en of er eventuele problemen of onduidelijkheden waren.

2.1.3 *Vragenlijsten*

Voor de inventarisatie en evaluatie van de geleverde kraamzorg werden zeven vragenlijsten ontwikkeld: drie vragenlijsten voor de kraamvrouw, twee vragenlijsten voor de kraamverzorgende(n) tijdens de kraambedperiode, één vragenlijst voor de kraamverzorgende tijdens de (eventuele) partusassistentie en één vragenlijst voor de verloskundige.

Vragenlijsten kraamvrouw

De kraamvrouw werd verzocht elke dag van de kraambedperiode eenzelfde korte vragenlijst in te vullen met vragen over het functioneren en de gezondheid van haarzelf en de baby, zorgbehoefte en geleverde kraamzorg (*Dagelijkse vragenlijst kraamvrouw*, bijlage A). Op de eerste dag na het vertrek van de kraamverzorgende vulde de kraamvrouw een meer uitgebreide vragenlijst in met vragen over afspraken over kraamzorg, de bevalling, mening over de kraamverzorgende, zelfredzaamheid, kennis over diverse zorgaspecten, het belang van kraamzorg en enkele achtergrondkenmerken (*Einde kraambed vragenlijst kraamvrouw*, bijlage B). Deze twee vragenlijsten werden gecombineerd in een dagboek (de dagelijkse vragenlijst in tienvoud met verschillende kleuren), voorafgegaan door een duidelijke toelichting voor de kraamvrouw (bijlage C). Zes weken na de bevalling ontvingen de vrouwen een laatste vragenlijst met vragen over het functioneren en de gezondheid van haarzelf en de baby na de kraambedperiode, zorgbehoefte en gedrag ten aanzien van enkele zorgaspecten (voeding en slaaphouding van baby) (*Zes weken vragenlijst kraamvrouw*, bijlage D).

Vragenlijsten kraamverzorgende

De kraamverzorgende werd verzocht elke dag van de kraambedperiode eenzelfde korte vragenlijst in te vullen, gericht op een gedetailleerde inventarisatie van de verrichte activiteiten; tevens werd dagelijks het aantal gewerkte uren genoteerd, zowel per activiteitenonderdeel als in totaal, alsmede een gering aantal achtergrondkenmerken (*Dagelijkse vragenlijst kraamverzorgende*, bijlage E). Op de laatste dag van de kraambedperiode vulde de kraamverzorgende een korte vragenlijst in met vragen over de duur van kraamzorg, zelfredzaamheid van de kraamvrouw, samenwerking met andere zorgverleners en het belang van kraamzorg (*Einde kraambed vragenlijst kraamverzorgende*, bijlage F). De vragenlijsten werden gecombineerd in een dagboek (de dagelijkse vragenlijst in tienvoud met verschillende kleuren), voorafgegaan door een duidelijke toelichting voor de kraamverzorgende (bijlage G). Indien tijdens de bevalling assistentie werd verleend door een kraamverzorgende, werd ook deze verzocht een vragenlijst in te vullen met vragen over de partusassistentie, samenwerking met de verloskundige en een gering aantal achtergrondkenmerken (*Partusassistentie vragenlijst kraamverzorgende*, bijlage H).

Vragenlijst verloskundige

De verloskundige werd na afloop van de kraambedperiode verzocht enkele verloskundige achtergrondgegevens over de kraamvrouw en de bevalling te verschaffen, alsmede een mening te geven over de duur van kraamzorg, zelfredzaamheid van de

kraamvrouw, samenwerking met andere zorgverleners en het belang van kraamzorg (*Einde kraambed vragenlijst verloskundige*, bijlage I).

2.1.4 *Omschrijving variabelen*

Voor diverse onderwerpen zijn gegevens verzameld bij twee of drie informatiebronnen. Zo is de duur van de kraamzorg aan bod gekomen in de vragenlijsten van zowel de kraamvrouw, als de kraamverzorgende, als de verloskundige. Bij de kraamvrouw kwamen enkele onderwerpen aan bod op twee momenten. Zo werden zowel in de kraambedperiode als zes weken na de bevalling gegevens verzameld over zorgbehoefte. De hierna volgende paragrafen geven een overzicht van alle variabelen, gerangschikt naar onderwerp. Deze rangschikking biedt tevens een kader voor de gegevensanalyse.

Afspraken kraamzorg

De kraamvrouw verschaft informatie over de afspraken die zijn gemaakt over de te leveren kraamzorg en hoe deze afspraken tot stand zijn gekomen (B1a-3b)¹: welke organisatie is als eerste gebeld, op welke wijze zijn afspraken gemaakt met de kraamzorgorganisatie, waren er afspraken over de inhoud van de zorg, waren er afspraken over de duur van de zorg, hoeveel uren (en dagen) waren afgesproken. De laatste vraag (hoeveel uren/dagen) is niet alleen gevraagd aan de kraamvrouw, maar ook aan de kraamverzorgende (F1).

Duur kraamzorg

Zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende is gevraagd hoeveel uren (en dagen) kraamzorg zijn geleverd en of dit voldoende werd gevonden (B4en6, F2-3). Ook de verloskundige is gevraagd of zij de hoeveelheid uren (en dagen) voldoende vond (I9). Deze vraag is overgenomen uit eerder onderzoek naar kraamzorg van het Nivel (Kerssens 1991). Indien het aantal geleverde uren kraamzorg niet overeen kwam met het aantal afgesproken uren, gaf de kraamvrouw tevens aan waarom zij meer of minder kraamzorg heeft gekregen (B5). Daarnaast noteerden zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende dagelijks in het dagboek hoeveel uren kraamzorg zijn geleverd, of dit in een aaneengesloten periode dan wel in meerdere bezoeken was, en of dit voor de betreffende dag voldoende werd gevonden (A15-17, E9-11). De kraamverzorgende leverde tevens specifieke informatie over het aantal dagelijks gewerkte uren per activiteitenonderdeel (E12).

Bevalling

De plaats van bevalling is gevraagd aan de kraamvrouw (B7). De verloskundige noteerde verloskundige achtergrondgegevens over de kraamvrouw (graviditeit, pariteit, zwangerschapsduur) en de baring (datum en tijdstip bevalling, wijze van bevallen, hoeveelheid bloedverlies, bijzonderheden) (I1-8).

Partusassistentie

De kraamvrouw gaf aan of er tijdens de bevalling een kraamverzorgende van de kraamzorgorganisatie aanwezig was (B8). Indien dit het geval was, gaf zij tevens aan op welk moment van de bevalling de kraamzorgorganisatie gebeld was en vanaf welk

¹ Tussen haakjes wordt steeds een verwijzing gegeven naar de bijlage en het vraagnummer waar de betreffende vraag is terug te vinden (bijvoorbeeld: B1a-3b verwijst naar bijlage B, vraag 1a tot 3b).

moment de kraamverzorgende aanwezig was (B9-10). Ook de kraamverzorgende die partusassistentie verleende is gevraagd vanaf welk moment zij bij de bevalling aanwezig was en of zij tevreden was met het tijdstip van aankomst (H1-2). Daarnaast gaf de kraamverzorgende van een vijftal verrichtingen aan of zij deze tijdens de partusassistentie had uitgevoerd (H3). Indien een verrichting niet was uitgevoerd, werd tevens aangegeven waarom niet. Tenslotte is de kraamvrouw een beoordeling gevraagd over de rol van de kraamverzorgende tijdens de bevalling (B11), deze vragen zijn deels gebaseerd op het Nivel-onderzoek (Kerssens, 1991).

Activiteiten kraamverzorgende tijdens kraambed

Een centraal onderdeel van het onderzoek is een dagelijkse inventarisatie van de verrichte activiteiten in de kraambedperiode. Ter controle van eventueel niet ingevulde dagen, is aan de kraamvrouw gevraagd of er de betreffende dag een kraamverzorgende is geweest (A1). Tevens werd nagegaan of er (aanvullende) kraamhulp werd ontvangen van andere zorgverleners of informele hulp (A2-3). Omdat het soms voorkomt dat tijdens de kraambedperiode een ziekenhuisopname van de baby plaatsvindt, werd bij de kraamverzorgende eerst nagegaan of zij zorg verleende aan moeder en kind of alleen aan de moeder. Vervolgens kon de kraamverzorgende voor diverse onderdelen van kraamzorg aankruisen welke activiteiten zij de betreffende dag heeft gedaan: verzorging en controle van de kraamvrouw, verzorging en controle van de baby, hulp bij borst- of flesvoeding, huishoudelijke taken, ontvangen van bezoek, opvang van kind(eren), voorlichting en instructie over voeding en verzorging van de baby, en voorlichting en instructie over verzorging, hygiëne en herstel van de kraamvrouw (E1-8). Bij de eerste drie onderdelen is ook de signalering van mogelijke problemen van belang, zodat hierbij tevens gevraagd is naar afwijkingen van het normale en eventuele vervolg-stappen (E1-3). Met betrekking tot de laatste twee onderdelen (voorlichting over voeding en verzorging van baby en moeder) is tevens navraag gedaan bij de kraamvrouw (A12a-14b).

Zorgbehoefte tijdens kraambed

Ter evaluatie van de signaleringsfunctie van kraamverzorgenden, is de kraamvrouw dagelijks gevraagd naar mogelijke problemen bij haarzelf, de baby of het gezin, en of zij hierbij hulp heeft gekregen. Er werd navraag gedaan naar een aantal bekende lichamelijke veranderingen (pijnlijke borsten en tepels, buikpijn, pijn als gevolg van hechtingen of zwellingen), mogelijk andere klachten bij de kraamvrouw, eventuele problemen bij de melkvoeding, gezondheidsproblemen bij de baby (zoals koorts, overmatig spugen en geelzucht), en problemen rond het huishouden of gezins-ondersteuning (A5a-11c). Voor beantwoording van de vraag of de kraamvrouw hulp heeft gekregen, werd gebruik gemaakt van een vaste systematiek gebaseerd op een vragenlijst gebruikt in het Engelse 'Postnatal Care Project'.

Wisseling kraamverzorgenden

De kraamvrouw is gevraagd of er sprake was van een wisseling van kraamverzorgenden (B12). Indien dit het geval was, gaf zij tevens aan hoe vaak en hoe zij dit heeft ervaren (B13-14a).

Mening over kraamverzorgenden

De kraamvrouw kon een oordeel geven over de uitvoering van diverse taken door de kraamverzorgende tijdens de kraambedperiode (B16). Als extra indicator van (gebrek aan) waardering voor de kraamverzorgende gaf de kraamvrouw aan of zij deze zou aanbevelen bij anderen (B17). Deze vragen zijn deels gebaseerd op het Nivel-onderzoek (Kerssens 1991).

Samenwerking tussen zorgverleners

De samenwerking tussen de kraamverzorgende en verloskundig hulpverlener tijdens de partusassistentie werd beoordeeld door de hierbij aanwezige kraamverzorgende (H4) en de kraamvrouw (B11b). Bij het einde van de kraambedperiode gaven zowel de kraamverzorgende als de verloskundige aan welke zorgverleners gedurende de kraamtijd op bezoek waren geweest en hoe de samenwerking verliep (F7-8, I12-13).

Beleving van bevalling en kraambed

De kraamvrouw is gevraagd naar haar beleving van de bevalling en de kraamtijd (B15). Hiervoor is gebruik gemaakt van drie schalen uit de LISST (Laying In Self-rating Scale Tilburg), bestaande uit diverse uitspraken die betrekking hebben op de bevalling (8 items), de kraambedperiode (10 items) en steun/advies van de kraamverzorgende (3 items).

Zelfredzaamheid

Bij zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende is aan het einde van de kraambedperiode nagegaan in hoeverre de kraamvrouw in staat is de taken uit te voeren waarvoor zij gedurende de kraamtijd hulp kreeg (B18, F5). Tevens werd aan beiden, alsmede aan de verloskundige, gevraagd in hoeverre men zeker is of de kraamvrouw alle taken aan kan die horen bij haar (nieuwe) rol als moeder (B19, F6, I11).

Kennis

Bij de kraamvrouw is aan het einde van de kraambedperiode nagegaan wat de mate van kennis is over de verzorging van de baby en haarzelf en over de melkvoeding (B20-22). Voor het meten van kennis zijn 14 beweringen geformuleerd met drie antwoordmogelijkheden (juist, onjuist, weet niet). Voor elke bewering is op basis van de beschikbare informatie het correcte antwoord bepaald (d.w.z. het antwoord waaruit aanwezige kennis blijkt). De beweringen zijn ondergebracht in drie onderwerpen: verzorging van de baby en moeder (8 items), borstvoeding (3 items) en flesvoeding (3 items).

Gezondheid en welbevinden

Tijdens de kraambedperiode gaf de kraamvrouw dagelijks aan hoe zij zich voelde (A4), waarbij geantwoord kon worden volgens de internationaal veel gebruikte EVGFP-indeling (excellent, very good, good, fair, poor) (Ware, 1992). Aan het einde van de kraambedperiode werd de kraamvrouw tevens gevraagd naar haar welbevinden (B23), in termen van emotioneel functioneren (5 items) en vitaliteit (4 items). De betreffende schalen zijn overgenomen uit de SF-36 (Ware, 1992). Zes weken na de bevalling werden de beschreven vragen over subjectieve gezondheid en welbevinden herhaald (C4en6),

aangevuld met een vraag hoe de kraamvrouw zich voelde in vergelijking met haar gezondheid vóór de zwangerschap (C5). Ook laatstgenoemde vraag is gebaseerd op een soortgelijke (transitie)vraag in de SF-36.

Zorgbehoefte na kraambed

Zes weken na de bevalling is de kraamvrouw gevraagd of er sinds de beëindiging van de kraamzorg mogelijke problemen zijn geweest bij haarzelf of de baby, en of zij hierbij hulp heeft gekregen. Er werd navraag gedaan naar lichamelijke klachten bij de kraamvrouw, veranderingen in emoties of gevoelens, problemen op het gebied van huishouden of gezin, gezondheidsproblemen bij de baby, eventuele problemen bij de melkvoeding, en andere aspecten van de dagelijkse verzorging van de baby (C1a-3c, C8a-10c).

Melkvoeding

Zes weken na de bevalling is bij de kraamvrouw nagegaan welke melkvoeding ze op dat moment gaf, wanneer ze begon eventueel met het (bij)geven van kunstvoeding en wat de reden hiervoor was (C11-C14). De vragen zijn gebaseerd op eerdere TNO-onderzoeken naar melkvoeding (Brugman, 1999; Lanting, 2002). Evenals bij deze eerdere onderzoeken zijn de vragen over melkvoeding gecombineerd met vragen naar huilgedrag (C19-23) en roken (C7a-C7d).

Slaaphouding

Zes weken na de bevalling zijn bij de kraamvrouw vragen gesteld over enkele aspecten rond veilig slapen. Het betreft de slaaphouding, het beddengoed, het 'kort' opmaken van het bedje en de slaappleats (C15-18). De vragen zijn gebaseerd op eerder TNO-onderzoek naar veilig slapen (Van Hagen, 2000).

Bezoek consultatiebureau

Zes weken na de bevalling is aan de kraamvrouw gevraagd of zij het consultatiebureau reeds bezocht heeft en of dit al dan niet op afspraak gebeurde (C24-25).

Belang kraamzorg

Aan zowel de kraamvrouw, de kraamverzorgende als de verloskundige zijn 11 redenen voorgelegd waarom kraamzorg belangrijk kan zijn (B30, F10, I14). Elke respondent kon voor deze redenen aangeven in welke mate ze belangrijk werden geacht.

Achtergrondkenmerken

Aan het einde van de kraambedperiode verschaft de kraamvrouw enkele achtergrondgegevens. Het betreft de geboortedatum, burgerlijke staat, aantal kinderen, woonsituatie, hoogst genoten opleiding van de kraamvrouw zelf en haar partner, en het geboorteland van de kraamvrouw zelf en haar partner (B24-29). Daarnaast werden op basis van de postcode drie variabelen gecreëerd: gemeente, provincie en stedelijkheid. Hierbij werden de indelingen van het CBS gevolgd. De kraamverzorgende werd dagelijks gevraagd enkele achtergrondgegevens te verschaffen, omdat er in de kraamtijd mogelijk sprake is van meer dan één kraamverzorgende. Het betreft geslacht, leeftijd, aantal jaren werkervaring, vooropleiding tot kraamverzorgende, de kraamzorgorganisatie waar ze

werkzaam is en het al dan niet aanwezig zijn van een leerling of stagiaire (E13-18, H5-11).

2.2 Retrospectief onderzoek

2.2.1 *Opzet*

In het kader van een meerjarig project van TNO Preventie en Gezondheid waarin jaarlijks de landelijke borstvoedingscijfers worden geactualiseerd (Lanting 2002) werden enkele vragen toegevoegd, worden onder over de verkregen kraamzorg. Deze gegevens zijn in het huidige onderzoek gebruikt om een representatief beeld te verkrijgen van de geleverde kraamzorg in alle lagen van de Nederlandse bevolking, inclusief gezinnen die geen kraamzorg hebben gehad.

Alle bij het (toenmalige) Landelijke Centrum voor Ouder- en Kind Zorg (LC-OKZ) aangesloten instellingen met ouder en kindzorg in hun pakket werden aangeschreven met de vraag of ze vijf consultatiebureaus konden selecteren om daar moeders te vragen om mee te doen aan het onderzoek. De organisaties werden verzocht om consultatiebureaus te kiezen met werkgebieden met uiteenlopende sociaal-economische status zodat de uiteindelijke gegevens representatief zijn voor alle lagen van de Nederlandse bevolking. Alle moeders die het consultatiebureau bezochten met zuigelingen die op dat moment zes maanden of jonger waren kwamen in aanmerking om mee te doen.

2.2.2 *Vragenlijst*

De gehanteerde vragenlijst bevat, naast vragen over melkvoeding, enkele vragen over de verkregen kraamzorg en over de achtergrond van moeder en kind. De vragenlijst werd op de consultatiebureaus uitgedeeld door de (assistent(e) van de) arts of de verpleegkundige aan de eerste twintig moeders die op een zitting verschenen. Er werd nadrukkelijk gevraagd geen selectie te maken op basis van achtergrondkenmerken van de moeders. De moeders konden de lijst thuis invullen, eventueel met hulp van een tolk, en terugsturen aan TNO Preventie en Gezondheid met behulp van een portovrije antwoord-enveloppe.

2.2.3 *Omschrijving variabelen*

In de volgende paragrafen wordt een overzicht gegeven van de variabelen die gebruikt zijn in het kader van het huidige onderzoek.

Frequentie en duur van kraamzorg

Aan de moeders werd eerst gevraagd of zij thuis kraamzorg hadden ontvangen na de geboorte van hun kind. Hierbij ging het om kraamzorg van een thuiszorgorganisatie met kraamzorg in het pakket of een particulier bureau. Indien geen formele kraamzorg werd ontvangen, maar wel kraamverzorging werd gegeven door familie, partner of vriend(in), kon dit door de respondenten worden aangegeven. De vrouwen die formele kraamzorg ontvingen, gaven tevens aan hoeveel uren en dagen kraamzorg zij hebben gekregen.

Achtergrondkenmerken

De moeders verschaften tevens enkele achtergrondgegevens over moeder en kind. Het betreft onder andere de geboortedatum van moeder en kind, de opleiding en het geboorteland van de moeder, de rangorde van het betreffende kind in het gezin en de plaats van bevalling (thuis of ziekenhuis). Daarnaast werden op basis van de postcode

drie variabelen gecreëerd: gemeente, provincie en stedelijkheid. Hierbij werden de indelingen van het CBS gevolgd.

3 Resultaten

3.1 Prospectief onderzoek

Allereerst wordt een omschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie. Daarna wordt de inhoud van het huidige kraamzorgpakket beschreven aan de hand van de drie doelstellingen van kraamzorg: voorbezoek, partusassistentie en kraamverzorging. Vervolgens wordt ingegaan op de mate van zelfredzaamheid en kennis over zorgaspecten bij de kraamvrouwen aan het einde van de kraambedperiode, hun zorgbehoefte in de eerste weken daarna, alsmede hun gedrag ten aanzien van de melkvoeding, slaaphouding en bezoek van het consultatiebureau zes weken na de bevalling. Tenslotte wordt gerapporteerd in hoeverre de kraamvrouwen, kraamverzorgenden en verloskundigen een aantal aspecten van kraamzorg belangrijk vinden.

3.1.1 *Onderzoekspopulatie*

Respons

Een bestand van alle in Nederland gevestigde verloskundigenpraktijken werd ter beschikking gesteld door de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV). Alle 457 verloskundigenpraktijken zijn telefonisch benaderd voor deelname aan het onderzoek. In totaal bleken 23 praktijken niet in aanmerking te komen voor het onderzoek omdat de praktijk niet meer bestond door fusie of opheffing of vanwege een dubbele vermelding in het gebruikte gegevensbestand. Van de overgebleven 434 praktijken waren er 367 (85%) toezeggingen voor deelname. Redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek waren: werkdrukke (35 praktijken), deelname in andere onderzoeken (15 praktijken), veel waarnemers (4 praktijken), geen interesse (3 praktijken) en veel allochtone klanten (1 praktijk). In 9 gevallen werd geen reden opgegeven.

De 367 deelnemende praktijken hadden de intentie om 647 "kraambedden" te werven voor het onderzoek. Uiteindelijk hebben 629 "kraambedden" (97%) meegedaan aan het onderzoek. In 18 gevallen heeft het wervingsproces dus niet geleid tot een deelnemend kraambed. In 3 gevallen heeft de verloskundigenpraktijk zich afgemeld na het ontvangen van het wervingspakket wegens familieomstandigheden, onrust in de praktijk over het onderzoek en zonder reden. In de overige 15 gevallen was niet te achterhalen waarom de werving niet is geslaagd.

Uit de verkregen gegevens is gebleken dat bij 469 van de 629 deelnemende kraambedden (75%) zowel beide dagboeken (*Dagelijkse vragenlijsten* en *Einde kraambed vragenlijst* van kraamvrouw en kraam-verzorgende) als de vragenlijst van de verloskundige waren beschikbaar. In de overige gevallen ontbrak één of meer van deze onderdelen. De *Zes weken vragenlijst* werd geretourneerd door 524 kraamvrouwen (83%) en was gemiddeld 7 weken na de bevalling ingevuld. Tabel 1 laat zien hoe vaak de verschillende vragenlijstonderdelen waren ingevuld. De vragenlijst over partusassistentie wordt afzonderlijk behandeld in paragraaf 3.1.3.

Tabel 1 Beschikbaarheid van ingevulde vragenlijsten door kraamvrouw, kraamverzorgende en verloskundige (n=629)

	n	%
Dagelijkse vragenlijsten kraamvrouw	600	95
Einde kraambed vragenlijst kraamvrouw	578	92
Dagelijkse vragenlijsten kraamverzorgende	570	91
Einde kraambed vragenlijst kraamverzorgende	518	82
Einde kraambed vragenlijst verloskundige	608	97
Zes weken vragenlijst kraamvrouw	524	83

Combinatie van de dagelijkse vragenlijsten van de kraamvrouw en kraamverzorgenden liet zien dat er bij 617 kraambedden (98%) informatie werd geleverd door tenminste één van de informatiebronnen (totaal 4588 dagen). Op 518 dagen was er wel informatie van de kraamvrouw, maar was de betreffende dag niet ingevuld door de kraamverzorgende. Bij 50 van de laatstgenoemde dagen kon dit verklaard worden door het feit dat er geen kraamverzorgende was geweest op de betreffende dag (in de meeste gevallen vanwege een vrije dag in overleg met de kraamvrouw). Er is dus sprake van 4538 kraamzorgdagen, waarbij op 176 dagen (4%) geen vragenlijst was ingevuld door de kraamvrouw en op 468 dagen (10%) geen vragenlijst was ingevuld door de kraamverzorgende. De verdeling van de verschillende kraamzorgdagen en de dagelijkse respons is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 Beschikbaarheid van ingevulde dagelijkse vragenlijsten door kraamvrouw en kraamverzorgende

	Kraamzorgdagen	Info kraamvrouw		Info kraamverzorgende	
	n	n	% ¹	n	% ¹
Dag 1	373	344	92	295	79
Dag 2	575	554	96	505	88
Dag 3	603	586	97	551	91
Dag 4	608	590	97	555	91
Dag 5	609	587	96	560	92
Dag 6	607	587	97	556	92
Dag 7	588	570	97	530	90
Dag 8	455	435	96	409	90
Dag 9	91	86	95	82	90
Dag 10	29	24	83	27	93
Totaal	4538	4363	96	4070	90

¹ Percentage ingevulde vragenlijsten op de betreffende dag (rij-percentages)

Achtergrondkenmerken kraamvrouwen

Tabel 3 toont enkele achtergrondkenmerken van de kraamvrouwen in de onderzoekspopulatie. Voor zover mogelijk is een vergelijking gemaakt met CBS-gegevens of met de landelijke populatie van vrouwen die onlangs (in 1999) zijn bevallen (Offerhaus 2001), gebaseerd op de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR).

De leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie komt redelijk overeen met die van de landelijke populatie volgens de LVR. De jongste groep vrouwen is in geringe mate ondervertegenwoordigd (5% t.o.v. 11% in de LVR) en de groep vrouwen van 30-34 jaar oververtegenwoordigd (50% t.o.v. 40% in de LVR).

In de onderzoekspopulatie was 35% van de vrouwen hoog opgeleid, had 41% een middelbare opleiding en was circa 24% laag opgeleid. Deze gegevens komen redelijk overeen met CBS gegevens voor vrouwen in de leeftijd van 20-44 jaar (26% hoog, 47% middelbaar en 27% laag) (CBS 1999).

In de onderzoekspopulatie was 97% van de vrouwen geboren in Nederland en 3% in andere landen (grotendeels overige EU-landen). Een directe vergelijking met CBS gegevens voor vrouwen in de leeftijd van 20-40 jaar is niet mogelijk. Bij vrouwen in de leeftijd 20-34 jaar is 85% geboren in Nederland, 3% in Suriname/Antillen, 4% in Turkije/Marokko en 8% in overige landen. Er is dus een duidelijk verschil tussen de onderzoekspopulatie en de landelijke populatie, hetgeen ook verwacht kon worden gezien het feit dat het onderzoek expliciet gericht is op vrouwen die het Nederlands goed beheersen.

Voor 42% van de kraamvrouwen was er sprake van het eerste kind en 58% had al één of meer andere kinderen. Dit komt redelijk overeen met de landelijke LVR gegevens (resp. 45% en 55%) en CBS gegevens (resp. 46% en 54%) (CBS 2001).

In de onderzoekspopulatie beviel 66% van de kraamvrouwen thuis en 34% in het ziekenhuis. Volgens de landelijke LVR gegevens is 31% van de zwangeren in 1999 thuis bevallen. Er is dus een duidelijk verschil tussen de onderzoekspopulatie en de landelijke populatie, hetgeen ook verwacht kon worden gezien het feit dat de werving van de respondenten verliep via verloskundigenpraktijken.

Bij 28% van de kraamvrouwen was er sprake van een bevalling in de zomermaanden (juli en augustus) waarin er mogelijk sprake kan zijn van een verminderde beschikbaarheid van kraamzorg. Jaarlijks wordt circa 17% van de kinderen geboren in de maanden juli en augustus. De oververtegenwoordiging in de huidige onderzoekspopulatie kan verklaard worden uit het feit dat de werving van respondenten liep van eind maart tot eind oktober 2001.

Tabel 3 Verdeling van de onderzoekspopulatie naar achtergrondkenmerken (n=578)¹

	n	%
Leeftijd	(n=561)	
jonger dan 25 jaar	26	5
25-29 jaar	163	29
30-34 jaar	284	50
35 jaar of ouder	88	16
Opleiding	(n=559)	
HBO/Universiteit	195	35
HAVO/VWO/MBO	228	41
VBO/MAVO	120	21
anders ²	16	3
Geboorteland	(n=569)	
Nederland	550	97
elders	19	3
Pariteit	(n=565)	
eerste kind	238	42
tweede kind of meer	327	58
Plaats bevalling	(n=573)	
thuis	381	66
ingestuurd	61	11
ziekenhuis (poliklinisch)	56	10
ziekenhuis	73	13
anders ³	2	0
Seizoen bevalling	(n=578)	
zomer (juli/augustus)	161	28
niet zomer	417	72
Provincie	(n=563)	
Groningen	15	3
Friesland	16	3
Drenthe	10	2
Overijssel	40	7
Flevoland	9	2
Gelderland	83	15
Utrecht	49	9
Noord-Holland	82	15
Zuid-Holland	122	22
Zeeland	3	1
Noord-Brabant	96	17
Limburg	38	7
Stedelijkheid	(n=563)	
zeer sterk stedelijk	70	12
sterk stedelijk	132	23
matig stedelijk	139	25
weinig stedelijk	143	25
niet stedelijk	79	14

¹ Informatie over achtergrondkenmerken alleen beschikbaar voor de 578 kraamvrouwen die de *Einde kraambed vragenlijst* hebben ingevuld

² Voornamelijk vrouwen die alleen het basisonderwijs hebben afgerond of een korte (lage) beroepsopleiding hebben gevolgd

³ Kraamhotel en onderweg

De verdeling van de kraamvrouwen over de provincies en stedelijkheid van de gemeenten komt redelijk overeen met de landelijke populatie volgens het CBS. Alleen de provincies Gelderland en Noord-Brabant zijn in geringe mate oververtegenwoordigd (landelijk 12% resp. 15%). De zeer sterk stedelijke gemeenten zijn enigszins ondervertegenwoordigd en de matig stedelijke gemeenten licht oververtegenwoordigd in de huidige onderzoekspopulatie (landelijk 17% resp. 20%).

Achtergrondkenmerken kraamverzorgenden

Van 882 kraamverzorgenden is informatie verkregen over hun leeftijd, opleiding en werkervaring. De gemiddelde leeftijd van de kraamverzorgenden was 36 jaar (range 18-67, mediaan 35 jaar). De meest genoemde vooropleidingen waren MDGO-VZ (38%), een opleidingsinternaat voor kraamverzorgenden (33%) en een verkorte opleiding kraamverzorgende (16%). Minder frequent genoemd werden een verpleegkundige opleiding (4%), MBO-VZ (3%), leerlingwezen kraamverzorgenden (2%), of andere opleidingen (4%). De kraamverzorgenden hadden gemiddeld 10 jaar werkervaring (range 0-46, mediaan 7 jaar).

3.1.2 *Voorbezoek/Intake*

Contact met kraamzorgorganisatie of zorgverzekeraar

De kraamvrouw verschafte informatie over de afspraken die zijn gemaakt over de te leveren kraamzorg en hoe deze afspraken tot stand zijn gekomen. Om kraamzorg te verkrijgen belde 66% van de vrouwen als eerste de kraamzorgorganisatie en nam 33% eerst contact op met de zorgverzekeraar. Van de eerstgenoemde groep werd 6% doorverwezen naar de zorgverzekeraar en 4% naar een andere kraamzorgorganisatie. Van de vrouwen die eerst contact opnamen met de zorgverzekeraar werd 41% doorverwezen naar een kraamzorgorganisatie.

De wijze waarop tijdens de zwangerschap afspraken gemaakt werden over de te leveren kraamzorg waren zeer uiteenlopend. Een huisbezoek werd afgelegd bij 44% van de vrouwen (14% aangevuld met schriftelijke informatie en/of telefonisch overleg). Bij 50% van de vrouwen werden de afspraken telefonisch gemaakt (20% aangevuld met schriftelijke informatie). De overige vrouwen kregen alleen schriftelijke informatie (4%) of hadden een gesprek of voorlichtingsavond bij de kraamzorgorganisatie (2%). Een huisbezoek werd vaker afgelegd bij de jongste groep vrouwen (77%) en bij gezinnen die hun eerste kind kregen (58%). Ook waren er verschillen tussen de provincies: in Overijssel, Gelderland, Zeeland en Limburg werd relatief vaak een huisbezoek afgelegd (gemiddeld 71%) en relatief weinig in de Randstedelijke provincies (gemiddeld 29%). In de grote stedelijke gebieden werd zelfs slechts in 20% van de gezinnen een huisbezoek afgelegd.

Afspraken over duur en inhoud kraamzorg

Afspraken over de duur van de te leveren zorg werden gemaakt met 94% van de vrouwen. Met 59% van de vrouwen werden afspraken gemaakt over de inhoud van de te leveren zorg. Indien er sprake was van een huisbezoek werden aanmerkelijk vaker afspraken over de inhoud van de kraamzorg gemaakt (74%) dan als er geen huisbezoek was afgelegd (48%).

Van de vrouwen die afspraken over de inhoud van de zorg hadden gemaakt, vond 74% dit zinvol omdat zodoende duidelijk werd wat van de kraamverzorgende verwacht kan worden, vond 20% dit zinvol omdat zodoende hun wensen overlegd konden worden (zoals roken, dieren, andere kinderen, stagiaire), en vond 6% het niet zinvol (gevraagde kraamzorg toch niet geleverd, kraamverzorgende niet bekend met afspraken).

3.1.3 Partusassistentie

Frequentie van partusassistentie

Bij 351 kraamvrouwen (61% van de 578 vrouwen die de *Einde kraambed vragenlijst* hadden ingevuld) werd volgens de kraamvrouw partusassistentie gegeven. In de meeste van deze gevallen (83%) was door de kraamverzorgende een *Partusassistentie vragenlijst* ingevuld. Vreemd genoeg was deze vragenlijst ook ingevuld voor 45 kraamvrouwen die aangaven geen partusassistentie te hebben gekregen. Bij deze vrouwen arriveerde de kraamverzorgende meestal pas na de geboorte, hetgeen voor deze kraamvrouwen een reden kan zijn geweest om aan te geven dat er geen partusassistentie was. Daarnaast was een *Partusassistentie vragenlijst* door de kraamverzorgende ingevuld voor 24 vrouwen die de *Einde kraambed vragenlijst* niet hadden ingevuld. Ervan uitgaande dat de genoemde 45 resp. 24 vrouwen wel partusassistentie hebben gekregen, hebben in totaal 420 kraamvrouwen (70% van de 602 vrouwen voor wie deze informatie beschikbaar was) partusassistentie gehad. Bij vrouwen met een thuisbevalling kreeg 95% partusassistentie, bij vrouwen die tijdens de bevalling waren ingestuurd naar het ziekenhuis 43% en bij vrouwen met een poliklinische ziekenhuisbevalling 9%.

Moment van aankomst bij bevalling

Aan de kraamvrouw is gevraagd op welk moment zij, of iemand die bij de bevalling aanwezig was, gebeld had voor assistentie van een kraamverzorgende. Dit gebeurde bij 39% van de vrouwen ruim voor het persen begon, bij 45% vlak voor het persen begon, bij 9% tijdens het persen, bij 2% vlak voor de geboorte en bij 5% na de geboorte. Tabel 4 geeft weer op welk moment de kraamverzorgende arriveerde volgens de kraamvrouw en de kraamverzorgende. Bij ongeveer eenderde van de kraambedden (29% resp. 36%) was dit pas na de geboorte.

Tabel 4 Het moment van aankomst bij de bevalling volgens de kraamvrouw en kraamverzorgende

	Volgens kraamvrouw		Volgens kraamverzorgende	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	<i>(n=349)</i>		<i>(n=362)</i>	
Ruim voor het persen begon	62	18	67	19
Vlak voor het persen begon	91	26	66	18
Tijdens het persen	71	20	84	23
Vlak voor de geboorte	23	7	16	4
Na de geboorte	102	29	129	36

Tabel 5 laat zien dat dit late moment van aankomst in grote mate bepaald werd door het moment waarop de kraamverzorgende is gebeld. Daarnaast arriveerde de kraamverzorgende vaker pas na de geboorte bij vrouwen die al één of meer andere kinderen hadden dan bij vrouwen die hun eerste kind kregen (tabel 5). De helft van de

kraamverzorgenden (50%) gaf aan dat ze liever eerder bij de bevalling aanwezig zouden willen zijn. Dit varieerde van 19% van de kraamverzorgenden die vlak voor het persen arriveerden tot 100% van de kraamverzorgenden die pas na de geboorte arriveerden. Geen van de kraamverzorgenden was liever later gekomen.

Tabel 5 Percentage kraamverzorgenden dat arriveerde na de geboorte volgens de kraamvrouw en kraamverzorgende, naar het moment van bellen en pariteit

	Volgens kraamvrouw		Volgens kraamverzorgende	
	<i>n</i>	% ¹	<i>n</i>	% ¹
Moment van bellen	<i>(n=349)</i>		<i>(n=293)</i>	
ruim voor het persen begon	138	14	109	15
vlak voor het persen begon	156	31	137	29
tijdens het persen	30	37	26	42
vlak voor de geboorte	7	100	6	100
na de geboorte	18	100	15	100
Pariteit	<i>(n=344)</i>		<i>(n=335)</i>	
eerste kind	134	12	131	19
tweede kind of meer	210	40	204	47

¹ Percentage dat arriveerde na de geboorte binnen de betreffende subgroep (rij-percentages)

Verrichtingen tijdens partusassistentie

De kraamverzorgende gaf van een aantal verrichtingen aan of zij deze tijdens de partusassistentie had uitgevoerd. In 10% van de gevallen werd het klaarzetten van alle benodigdheden voor de bevalling gedaan door de kraamverzorgende. Meestal werd dit gedaan door de verloskundige al dan niet samen met de kraamvrouw en/of haar partner. De kraamverzorgenden die ruim voor het persen waren gearriveerd, gaven in 30% van de gevallen aan de benodigdheden voor de bevalling te hebben klaargezet. In 46% van de gevallen zorgde de kraamverzorgende voor ondersteuning van de kraamvrouw tijdens de bevalling. Indien de kraamverzorgende ruim voor, vlak voor of tijdens het persen arriveerde, waren deze percentages resp. 85%, 75% en 69%. In de meeste gevallen (83% resp. 88%) assisteerde de kraamverzorgende direct na de bevalling bij de verzorging van de baby en van de kraamvrouw. Het verschonen van het bed en het opruimen van de slaapkamer na de bevalling werd in 96% van de gevallen gedaan door de kraamverzorgende. Op een enkele uitzondering na waren de kraamvrouwen tevreden over de verrichtingen van de kraamverzorgenden tijdens de bevalling (indien op hen van toepassing).

3.1.4 *Kraamverzorging*

Afgesproken kraamzorgduur

Zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende rapporteerden het aantal afgesproken uren en dagen kraamzorg. Tabel 6 laat zien dat volgens beide informatiebronnen gemiddeld circa 54 uur kraamzorg is afgesproken. De afgesproken uur/dag combinaties waren zeer uiteenlopend, zoals 64 uur in 8 dagen (32%), 60 uur in 8 dagen (14%), 56 uur in 7 dagen (8%), en 48 uur in 6 of 8 dagen (8%). Bij 80% van de kraambedden werd

tenminste 6 uur per dag kraamzorg afgesproken (volledige kraamzorg). Bij 3% van de kraambedden werden kraambezoeken afgesproken (maximaal 3 uur per dag). Bij de overige 17% werd flexibele zorg afgesproken.

Tabel 6 Afgesproken en geleverde uren kraamzorg volgens kraamvrouw en kraamverzorgende

	<i>n</i>	Gemiddeld	Range	Mediaan
Afgesproken uren				
kraamvrouw	512	54,4	15-80	60
kraamverzorgende	481	54,1	12-80	60
Geleverde uren				
kraamvrouw	569	50,7	10-80	54
kraamverzorgende	507	51,5	11-78	55

Geleverde kraamzorgduur

Tabel 6 toont ook het aantal geleverde uren kraamzorg volgens de kraamvrouw en kraamverzorgende. Volgens beide informatiebronnen werd gemiddeld circa 51 uur kraamzorg geleverd. Het meest voorkomend was een aantal geleverde uren tussen de 48 en 64 uur (bij 66% en 69% van de kraambedden volgens resp. de kraamvrouw en kraamverzorgende). Het aantal dagen kraamzorg varieerde van 4 tot 10 en bedroeg in de meeste gevallen volgens zowel de kraamvrouw als kraamverzorgende 7 dagen (30%) of 8 dagen (54%), met een gemiddelde van 7,5 dagen. Combinatie van het aantal geleverde uren en dagen liet zien dat bij 75% van de kraambedden gemiddeld tenminste 6 uur per dag kraamzorg werd geleverd (volledige kraamzorg). Bij 3% van de kraambedden was sprake van kraambezoeken (gemiddeld maximaal 3 uur per dag) en 22% kreeg flexibele zorg.

Tabel 7 toont het gemiddeld aantal geleverde uren kraamzorg en het percentage kraambedden met volledige kraamzorg naar achtergrondkenmerken van de kraamvrouwen. Zoals verwacht was er een aanzienlijk verschil in de duur van kraamzorg bij thuisbevallingen en ziekenhuisbevallingen (gemiddeld 53 resp. 46 uur). In de laatste groep is er immers sprake van een (meestal) kort verblijf in het ziekenhuis. Daarom worden de resultaten weergegeven voor zowel de totale groep als opgesplitst naar thuis- en ziekenhuisbevalling.

Het gemiddeld aantal geleverde uren kraamzorg was relatief laag (< 50 uur) bij de jongste groep vrouwen, vrouwen die niet in Nederland zijn geboren, vrouwen die hun eerste kind kregen, kraambedden in de zomervakantiemaanden, kraambedden in de Randstedelijke provincies en Friesland, en kraambedden in de grote stedelijke gebieden.

Tabel 7 Duur kraamzorg naar achtergrondkenmerken van kraamvrouwen (n=578)¹

	Totaal		Thuisbevalling		Ziekenhuisbevalling	
	Uren gemiddeld	% ² > 6 uur	Uren gemiddeld	% ² > 6 uur	Uren gemiddeld	% ² > 6 uur
Totaal	51	75%	53	80%	46	66%
Leeftijd						
jonger dan 25 jaar	44	54%	47	64%	40	42%
25-29 jaar	50	77%	53	83%	45	68%
30-34 jaar	51	77%	53	80%	48	69%
35 jaar of ouder	52	76%	54	80%	49	68%
Opleiding						
HBO/Universiteit	50	72%	51	76%	47	65%
HAVO/VWO/MBO	51	76%	53	81%	45	64%
VBO/MAVO	51	78%	53	81%	46	71%
Geboorteland						
Nederland	51	76%	53	81%	47	67%
elders	41	47%	44	46%	37	50%
Pariteit						
eerste kind	47	66%	50	70%	44	60%
tweede kind of meer	53	82%	54	85%	49	73%
Seizoen						
zomer (juli/augustus)	48	68%	50	74%	43	57%
niet zomer	52	78%	54	82%	47	69%
Provincie						
Groningen	53	80%	51	63%	54	100%
Friesland	45	56%	45	62%	47	33%
Drenthe	55	90%	63	100%	42	75%
Overijssel	53	90%	54	93%	50	83%
Flevoland	57	100%	57	100%	52	100%
Gelderland	54	87%	55	89%	50	82%
Utrecht	44	55%	44	52%	44	62%
Noord-Holland	46	59%	48	65%	44	53%
Zuid-Holland	48	67%	53	75%	41	53%
Zeeland	61	100%	62	100%	60	100%
Noord-Brabant	54	87%	57	94%	47	67%
Limburg	56	87%	57	85%	56	91%
Stedelijkheid						
zeer sterk stedelijk	37	26%	38	23%	36	31%
sterk stedelijk	51	77%	53	82%	46	67%
matig stedelijk	50	75%	53	83%	46	60%
weinig stedelijk	56	92%	57	92%	53	92%
niet stedelijk	53	86%	55	87%	49	83%

¹ Alleen voor kraamvrouwen van wie achtergrondkenmerken bekend zijn. Bij berekening van de geleverde kraamzorgduur is uitgegaan van de gegevens van de kraamvrouw; bij missende gegevens zijn de gegevens van de kraamverzorgende gebruikt

² Percentage kraambedden met volledige kraamzorg in de betreffende subgroep (rij-percentages)

In deze subgroepen was ook het percentage kraambedden met volledige kraamzorg relatief laag (< 70%). Voor specifieke analyse van de grote steden was het aantal kraambedden te beperkt. Alleen voor Amsterdam, Rotterdam en Den Haag waren minimaal 10 kraambedden beschikbaar. Met name in Amsterdam ($n=15$) werd relatief weinig kraamzorg geleverd (gemiddeld 25 uren, 0% volledige kraamzorg). Afwijkingen in de duur van de kraamzorg in de genoemde provincies en grote steden deden zich vooral voor bij thuisbevallingen en slechts in geringe mate bij ziekenhuisbevallingen.

Verskil afgesproken en geleverde kraamzorgduur

Het verschil tussen het aantal afgesproken en geleverde uren en dagen kraamzorg wordt weergegeven in tabel 8, voor de totale groep en opgesplitst naar thuis- en ziekenhuisbevalling. Tevens wordt hierin aangegeven of het aantal geleverde uren en dagen voldoende werd bevonden door de kraamvrouw. Bij 45% van de kraambedden werden minder uren en bij 22% minder dagen kraamzorg geleverd dan was afgesproken. Vanzelfsprekend waren deze percentages hoger bij vrouwen die bevallen waren in het ziekenhuis (resp. 67% en 39%) dan bij vrouwen met een thuisbevalling (resp. 35% en 14%) vanwege een (kort) verblijf in het ziekenhuis. Bij de minder geleverde uren gaat het deels om een relatief beperkt aantal. Bij 25% van de kraambedden werd tenminste 8 uur minder kraamzorg geleverd dan was afgesproken (19% bij thuisbevallingen en 39% bij ziekenhuisbevallingen).

Tabel 8 Verschil tussen afgesproken en geleverde uren/dagen kraamzorg en de toereikendheid van de kraamzorgduur volgens de kraamvrouw, naar plaats van bevalling ($n=578$)¹

	Totaal		Thuisbevalling		Ziekenhuisbevalling	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aantal uren	<i>(n=552)</i>		<i>(n=366)</i>		<i>(n=186)</i>	
≥ 8 uur minder dan afgesproken	140	25	68	19	72	39
1-7 uur minder dan afgesproken	110	20	57	16	53	28
zoals afgesproken	227	41	187	51	40	22
1-7 uur meer dan afgesproken	39	7	29	8	10	5
≥ 8 uur meer dan afgesproken	36	7	25	7	11	6
Aantal dagen	<i>(n=560)</i>		<i>(n=374)</i>		<i>(n=186)</i>	
> 1 dag minder dan afgesproken	30	5	8	2	22	12
1 dag minder dan afgesproken	96	17	46	12	50	27
zoals afgesproken	375	67	282	75	93	50
1 dag meer dan afgesproken	45	8	29	8	16	9
> 1 dag meer dan afgesproken	14	3	9	2	5	3
Toereikendheid	<i>(n=558)</i>		<i>(n=375)</i>		<i>(n=183)</i>	
uren en dagen voldoende	385	69	266	71	119	65
uren niet voldoende, dagen wel	69	12	44	12	25	14
uren wel voldoende, dagen niet	47	9	28	7	19	10
uren en dagen niet voldoende	57	10	37	10	20	11

¹ Alleen voor kraamvrouwen van wie achtergrondkenmerken bekend zijn. Bij berekening van de geleverde kraamzorgduur is uitgegaan van de gegevens van de kraamvrouw; bij missende gegevens zijn de gegevens van de kraamverzorgende gebruikt

Bij 91 van de 250 (36%) kraambedden met minder uren kraamzorg dan was afgesproken noemde de kraamvrouw als reden dat de kraamzorgorganisatie het aantal afgesproken uren niet kon leveren. Dit komt overeen met 16% van alle kraambedden (17% bij thuisbevallingen en 16% bij ziekenhuisbevallingen). Uitgaande van de 140 kraambedden met tenminste 8 uur minder kraamzorg dan was afgesproken, werd in 68 gevallen (49%) als reden genoemd dat de kraamzorgorganisatie het aantal afgesproken uren niet kon leveren. Dit komt overeen met 12% van alle kraambedden (12% bij thuisbevallingen en 13% bij ziekenhuisbevallingen).

Aan het einde van de kraambedperiode vond 31% van de kraamvrouwen het totaal aantal uren en/of dagen kraamzorg niet voldoende (tabel 8). Zowel de kraamverzorgenden als verloskundigen vonden dit aanzienlijk minder vaak (uren en/of dagen niet toereikend bij 19% resp. 20% van de kraambedden).

Ook voor het verschil tussen het aantal afgesproken en geleverde uren en de ervaren toereikendheid is gekeken naar de samenhang met achtergrondkenmerken. Evenals bij de gerapporteerde duur van geleverde kraamzorg vielen met name de zeer sterk stedelijke gebieden uit de toon. Bij 65% van de kraambedden in deze gebieden werden minder uren kraamzorg geleverd dan was afgesproken (in Amsterdam 93%) en vond 37% van de vrouwen dit onvoldoende (in Amsterdam 57%). Er was geen samenhang met leeftijd, pariteit en seizoenen.

Kraamzorgduur per dag

Naast informatie over de totale duur van de kraamzorg noteerden zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende dagelijks in het dagboek hoeveel uren kraamzorg waren geleverd, of dit in een aaneengesloten periode dan wel in meerdere bezoeken was, en of dit voor de betreffende dag voldoende werd gevonden. Volgens beide informatiebronnen werd per dag gemiddeld circa 6 uur en 3 kwartier kraamzorg geleverd (range 1-13 uur op de eerste 2 dagen, 1-10 uur op de overige dagen). Tabel 9 toont de gemiddelde kraamzorgduur per dag, zoals gerapporteerd door de kraamvrouw en de kraamverzorgende.

Tabel 9 Gemiddelde kraamzorgduur per dag volgens de kraamvrouw en kraamverzorgende

	Volgens kraamvrouw		Volgens kraamverzorgende	
	<i>n</i>	Gemiddeld aantal uren/minuten	<i>n</i>	Gemiddeld aantal uren/minuten
Dag 1	344	6 uur 46 minuten	295	6 uur 55 minuten
Dag 2	554	6 uur 53 minuten	505	7 uur 06 minuten
Dag 3	586	7 uur 09 minuten	551	7 uur 12 minuten
Dag 4	590	7 uur 02 minuten	555	7 uur 03 minuten
Dag 5	587	6 uur 49 minuten	560	6 uur 51 minuten
Dag 6	587	6 uur 37 minuten	556	6 uur 36 minuten
Dag 7	570	6 uur 34 minuten	530	6 uur 35 minuten
Dag 8	435	6 uur 03 minuten	409	6 uur 06 minuten
Dag 9	86	5 uur 49 minuten	82	5 uur 53 minuten
Dag 10	24	5 uur 41 minuten	27	5 uur 19 minuten
Totaal	4363	6 uur 44 minuten	4070	6 uur 47 minuten

Op 5% van de dagen was er sprake van meerdere bezoeken (meestal 2 bezoeken). Op 9% van de dagen beoordeelde de kraamvrouw het aantal uren kraamzorg als onvoldoende. De kraamverzorgende vond het aantal uren zorg onvoldoende op 7% van de dagen. Een tekort werd met name gerapporteerd gedurende de eerste 3 dagen. De kraamvrouwen gaven als toelichting dat er soms onvoldoende tijd was voor huishoudelijke taken of voor de opvang van bezoek of andere kinderen, maar ook dat er in verband met hun slechte conditie eigenlijk meer uren kraamzorg wenselijk waren.

Tijdsbesteding per activiteitenonderdeel

De kraamverzorgenden leverden tevens specifieke informatie over het aantal dagelijks gewerkte uren/minuten per activiteitenonderdeel. Dit bleek niet altijd gemakkelijk te zijn dan wel te veel tijd te vergen. Desalniettemin werd informatie over de tijdsbesteding geleverd op 3541 dagen. Echter, in een aantal gevallen kwam de totale tijdsbesteding na optelling van alle onderdelen niet overeen met de tijd die de kraamverzorgende volgens haarzelf aanwezig was geweest. Voor een zinvolle interpretatie is de analyse beperkt tot de 3082 dagen (76% van alle 4070 door kraamverzorgende gerapporteerde dagen) waarop de opgetelde tijdsbesteding wel overeen kwam met de totale aanwezigheidsduur.

De tijdsbesteding wordt getoond in tabel 10, uitgedrukt in het gemiddelde aantal uren/minuten en het gemiddelde percentage van de totale tijd per dag. Huishoudelijke taken namen gemiddeld 32% van de tijd in beslag. Samen met de opvang van bezoek en kinderen werd 44% van de tijd besteed aan niet-zorggerelateerde taken. Aan verzorging en controle van de kraamvrouw en baby werd 23% van de tijd besteed. Hulp bij de voeding van baby nam 10% van de tijd in beslag. Aan voorlichting en instructie over de voeding en verzorging van de baby en de verzorging, hygiëne en herstel van de kraamvrouw werd 16% van de tijd besteed. Op 1482 dagen noemden de kraamverzorgenden ook nog één of meer andere activiteiten, waaraan gemiddeld 29 minuten werd besteed (7% van de tijd). De meest voorkomende activiteiten waren administratie (bv. invullen zorgplan), pauze, algemene gesprekken met kraamvrouw en overleg met of assistentie van andere hulpverleners.

Tabel 10 Tijdsbesteding van kraamverzorgenden per kraamzorgdag (n=3082) in uren/minuten en percentage van de totale tijd

	Gemiddeld aantal uren/minuten	Gemiddeld % van totale tijd
Verzorging en controle kraamvrouw	37 minuten	9
Verzorging en controle baby	55 minuten	14
Hulp bij borst- of flesvoeding	41 minuten	10
Huishoudelijke taken	2 uur 10 minuten	32
Ontvangen van bezoek	25 minuten	6
Opvang van kind(eren)	26 minuten	6
Voorlichting over kraamvrouw	29 minuten	7
Voorlichting over baby	36 minuten	9
Anders	29 minuten	7
Totaal	6 uur 48 minuten	

Bij vergelijking van de verschillende dagen (dag 1 tot 8) bleek de tijdsbesteding steeds min of meer hetzelfde te zijn. Op de eerste dag (dag van de geboorte) werd relatief meer

tijd besteed aan verzorging en controle van de kraamvrouw (69 minuten, 17% van de tijd) en relatief minder aan huishoudelijke taken (84 minuten, 18 % van de tijd) en opvang van andere kind(eren) in het gezin (17 minuten, 3% van de tijd). Hulp bij borst- of flesvoeding daalde van 50 minuten (12% van de tijd) op dag 1 tot 22 minuten (6% van de tijd) op dag 8.

In tabel 11 worden verschillen in de tijdsbesteding weergegeven naar het type kraamzorg. Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling in kraambezoeken (< 3 uur/dag), flexibele zorg (3-6 uur/dag) en volledige zorg (> 6 uur/dag). Zoals verwacht waren er aanzienlijke verschillen in tijdsbesteding tussen de drie zorgtypes. Terwijl bij volledige en flexibele kraamzorg 46% resp. 37% van de tijd besteed werd aan niet-zorggerelateerde taken (huishoudelijke taken en opvang van bezoek en kinderen), was dit 19% bij kraambezoeken. Bij kraambezoeken werd relatief veel tijd (49% versus 35% resp. 32% bij flexibele en volledige zorg) besteed aan directe zorggerelateerde taken (verzorging en controle van moeder en kind, hulp bij melkvoeding). Uitgedrukt in absolute tijdsbesteding (minuten) waren er echter duidelijke verschillen in de tijd die besteed werd aan directe zorggerelateerde taken tussen kraambezoeken, flexibele zorg en volledige zorg (79, 104 resp. 142 minuten).

Tabel 11 Tijdsbesteding van kraamverzorgenden per kraamzorgdag in uren/minuten en percentage van de totale tijd, naar type kraamzorg¹

	Gemiddeld aantal uren/minuten			Gemiddeld % van totale tijd		
	Bezoek uur:min	Flexibel uur:min	Volledig uur:min	Bezoek %	Flexibel %	Volledig %
Verzorging en controle kraamvrouw	0:22	0:29	0:40	14	10	9
Verzorging en controle baby	0:33	0:46	0:58	20	15	13
Hulp bij borst- of flesvoeding	0:24	0:29	0:44	15	10	10
Huishoudelijke taken	0:24	1:28	2:24	15	29	32
Ontvangen van bezoek	0:03	0:15	0:29	2	5	7
Opvang van kind(eren)	0:04	0:09	0:31	2	3	7
Voorlichting over kraamvrouw	0:15	0:25	0:30	9	8	7
Voorlichting over baby	0:21	0:32	0:37	13	11	8
Anders	0:16	0:27	0:32	9	9	7
Totaal	2:42	5:00	7:25			

¹ Kraambezoeken (< 3 uur/dag, n=69), flexibele zorg (3-6 uur/dag, n=554), volledige zorg (> 6 uur/dag, n=2247)

In tabel 12 worden verschillen in de tijdsbesteding weergegeven naar pariteit. Zoals verwacht waren er ook aanzienlijke verschillen in tijdsbesteding tussen kraambedden bij vrouwen die hun eerste kind kregen en kraambedden bij vrouwen die al één of meer kinderen hadden. Vrouwen met eerdere kinderen kregen per dag gemiddeld een half uur meer kraamzorg. Gemiddeld werden 44 minuten besteed aan de opvang van de andere kinderen en werd een half uur meer besteed aan huishoudelijke taken. Bij vrouwen met eerdere kinderen werd minder tijd besteed aan hulp bij melkvoeding en voorlichting/instructie (samen 89 minuten) dan bij vrouwen die hun eerste kind kregen (128 minuten).

Tabel 12 Tijdsbesteding van kraamverzorgenden per kraamzorgdag in uren/minuten en percentage van de totale tijd, naar pariteit

	Gemiddeld aantal uren/minuten		Gemiddeld % van totale tijd	
	1 ^e kind	≥2 ^e kind	1 ^e kind	≥2 ^e kind
	uur:min	uur:min	%	%
Verzorging en controle kraamvrouw	0:37	0:39	9	9
Verzorging en controle baby	0:57	0:54	15	13
Hulp bij borst- of flesvoeding	0:52	0:33	13	8
Huishoudelijke taken	1:54	2:22	29	33
Ontvangen van bezoek	0:23	0:28	6	7
Opvang van kind(eren)	0:00	0:44	0	10
Voorlichting over kraamvrouw	0:33	0:25	9	6
Voorlichting over baby	0:43	0:31	11	7
Anders	0:31	0:28	8	7
Totaal	6:32	7:04		

Inventarisatie van activiteiten

De kraamverzorgenden gaven dagelijks aan welke activiteiten zij hadden verricht binnen de diverse onderdelen van kraamzorg. Dit wordt weergegeven in de tabellen 13 tot 15. Het aantal kraambedden waarover informatie beschikbaar is verschilt per dag, hetgeen wordt aangegeven boven elke kolom. Dit aantal wordt enerzijds bepaald door de vraag of al dan niet kraamzorg is geleverd op de betreffende dag en anderzijds door het al dan niet invullen van het dagboek door de kraamverzorgende (zie tabel 2). Gezien het feit dat de beschikbare informatie voor dag 9 en 10 relatief gering is (resp. $n=82$ en $n=27$), worden deze dagen buiten beschouwing gelaten. Bij de genoemde percentages is het aantal keren 'wel' (d.w.z., kraamverzorgende rapporteerde de betreffende activiteit wel te hebben gedaan) gedeeld door het aantal keren 'wel'/niet' (d.w.z., het aantal beschikbare antwoorden). Een andere mogelijkheid is een ontbrekend antwoord bij een betreffende activiteit zodanig te interpreteren dat deze activiteit niet is uitgevoerd. Het aantal keren 'wel' wordt dan gedeeld door het aantal potentiële antwoorden op de betreffende dag (boven kolom). In dat geval zouden de percentages in de meeste gevallen enkele procenten lager zijn.

Tabel 13 geeft weer hoe vaak de specifieke activiteiten op het gebied van verzorging, controle en voeding op de verschillende dagen (dag 1 tot 8) werden verricht. Een aantal activiteiten (controle van temperatuur, pols, baarmoederstand en kraamzuivering, informeren naar nachtrust/vermoeidheid bij kraamvrouw en controle van temperatuur, ademhaling, kleur, navelstompje, urine en ontlasting bij baby) werd bij 90%-100% van de vrouwen dagelijks gedaan. Bij de overige activiteiten verschilde de frequentie per dag, met soms grote verschillen zoals bij het helpen van de kraamvrouw met douchen of wassen (op eerste dag 71%, vervolgens afnemend van 30% tot 2%) en de baby in bad doen (op eerste dag 20%, circa 80% op dag 2 en 3, vervolgens afnemend van 71% tot 39%).

In overeenstemming met de gerapporteerde tijdsbesteding werden vrouwen met één of meer eerdere kinderen minder vaak geholpen bij de melkvoeding dan vrouwen die hun eerste kind kregen. In de totale groep werd per dag gemiddeld 75% van de vrouwen geholpen bij de borst- of flesvoeding, variërend van 96% op dag 1 tot 48% op dag 8. Bij

vrouwen met een eerder kind was dit gemiddeld 69% (van 94% op dag 1 tot 39% op dag 8) en bij vrouwen die hun eerste kregen gemiddeld 83% (van 99% op dag 1 tot 56% op dag 8).

Tabel 13 Frequentie van activiteiten van kraamverzorgenden per kraamzorgdag op het gebied van verzorging, controle en voeding

	dag 1 (n=295) %	dag 2 (n=505) %	dag 3 (n=551) %	dag 4 (n=555) %	dag 5 (n=560) %	dag 6 (n=556) %	dag 7 (n=530) %	dag 8 (n=409) %
Verzorging en controle kraamvrouw								
helpen met douchen of wassen	71	30	14	8	5	4	3	2
verzorgen en/of controle perineum	77	76	79	77	71	69	61	52
verzorgen en/of controle van borsten	76	86	92	93	92	85	76	71
controle van temperatuur en pols	96	99	99	100	99	98	98	94
controle van de baarmoederstand	97	99	99	99	98	96	92	88
controle van de kraamzuivering	98	99	99	99	98	97	93	91
controle van urine en ontlasting	92	90	92	91	87	86	78	69
controle van de benen	78	81	79	77	74	69	62	54
controle van de medicatie	40	37	36	31	34	32	30	25
informereren naar nachtrust/vermoeidheid	91	100	99	100	99	99	99	99
ondersteuning bij emoties	84	81	74	73	69	61	58	52
Verzorging en controle baby								
baby in bad gedaan	20	79	84	71	59	51	43	39
verschonen van de wieg	37	48	61	63	65	60	59	57
controle van de temperatuur	99	100	100	100	99	98	95	92
controle van ademhaling en kleur	100	100	100	100	100	100	99	98
controle van het navelstompje	100	100	100	100	99	97	95	93
controle van urine en ontlasting	100	100	100	100	100	99	98	97
baby gewogen	33	20	33	47	39	41	41	54
Hulp bij voeding van baby								
helpen bij borst- of flesvoeding	96	92	86	82	76	66	58	48

De frequentie van specifieke activiteiten op het gebied van huishoudelijke taken, het ontvangen van bezoek en de opvang van één of meer andere kinderen in het gezin (indien hiervan sprake is) wordt weergegeven in tabel 14. Bij vergelijking van de verschillende dagen (dag 1 tot 8) bleek de tijdsbesteding steeds min of meer hetzelfde te zijn. Op de eerste dag (dag van de geboorte) werd, in overeenstemming met de gerapporteerde tijdsbesteding, een aantal huishoudelijke activiteiten (sanitair schoonmaken, schoonhouden andere kamers, (voor)bereiden warme maaltijd, boodschappen doen) en de opvang van andere kind(eren) relatief minder vaak gedaan.

Tabel 14 Frequentie van activiteiten van kraamverzorgenden per kraamzorgdag op het gebied van huishoudelijke taken en opvang van bezoek en kind(eren)

	dag 1 (n=295) %	dag 2 (n=505) %	dag 3 (n=551) %	dag 4 (n=555) %	dag 5 (n=560) %	dag 6 (n=556) %	dag 7 (n=530) %	dag 8 (n=409) %
Huishoudelijke taken								
verzorgen van het wasgoed	91	92	93	95	96	94	94	93
verzorgen van de kraam/babykamer	80	88	89	92	90	90	90	86
sanitair schoonmaken	76	91	94	94	94	94	93	90
bedden verschoneren	74	57	68	63	63	59	59	56
schoonhouden andere kamers	39	67	77	78	78	78	76	74
broodmaaltijd klaarmaken	71	81	82	83	82	80	79	72
(voor)bereiden van het warme eten	32	50	49	48	47	45	43	35
boodschappen doen	3	6	11	13	14	15	15	14
Opvang van bezoek								
ontvangen van de kraamvisite	78	77	71	69	69	62	61	53
Opvang van kind(eren)¹								
wassen en kleden van kind(eren)	14	26	36	39	37	37	38	35
kind(eren) brengen/halen school/opvang	0	2	5	6	6	7	7	6
kind(eren) helpen bij eten en drinken	34	51	52	50	54	50	51	49
spelen met kind(eren) of voorlezen	26	45	56	62	60	57	63	58
kind(eren) laten wennen nieuwe situatie	80	87	82	81	75	69	68	59

¹ n per dag is afwijkend (alleen van toepassing voor gezinnen met één of meer andere kinderen)

Tabel 15 laat zien hoe vaak de kraamverzorgenden voorlichting of instructies geven over de voeding en verzorging van de baby en de verzorging, hygiëne en herstel van de kraamvrouw. Over de meeste onderwerpen wordt in de loop van de kraambedperiode allengs minder voorlichting gegeven. Bij enkele onderwerpen nam de frequentie sneller af (gebruik van kruiken, naweeën). Over twee onderwerpen wordt in de loop van de tijd juist vaker gesproken (rol van het consultatiebureau en gymnastiek/ lichaams houding). Over enkele onderwerpen wordt op specifieke dagen relatief vaak gesproken (hielprik dag 5, geel zien dag 3/4, kraamtranen dag 3/4/5).

In overeenstemming met de gerapporteerde tijdsbesteding werd bij vrouwen met één of meer eerdere kinderen minder vaak voorlichting of instructies gegeven dan bij vrouwen die hun eerste kind kregen. Bij een aantal onderwerpen, zoals de lichamelijke verzorging van de baby, melkvoeding, veilig slapen, de rol van het consultatiebureau na de kraamtijd, emotionele aspecten en gymnastiek/lichaams houding na de bevalling was dit verschil tenminste 10% (bijv. per dag kreeg gemiddeld 77% van de vrouwen met een eerder kind voorlichting over de lichamelijke verzorging van de baby versus gemiddeld 89% van de vrouwen die hun eerste kind kregen).

Tabel 15 Frequentie van activiteiten van kraamverzorgenden per kraamzorgdag op het gebied van voorlichting en instructie

	dag 1 (n=295)	dag 2 (n=505)	dag 3 (n=551)	dag 4 (n=555)	dag 5 (n=560)	dag 6 (n=556)	dag 7 (n=530)	dag 8 (n=409)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Voorlichting over baby								
voeding van de baby	99	98	94	91	85	78	78	78
lichamelijke verzorging	79	90	91	88	86	78	72	73
navelstompje verzorgen	74	83	83	85	84	80	76	78
veilig slapen	95	86	73	63	54	58	54	60
rol van het consultatiebureau	5	11	19	30	38	46	51	68
hielprik	11	20	30	46	63	45	23	12
baby als nieuw gezinslid	80	82	74	67	60	56	53	54
bilirubine (geel zien)	18	44	69	61	45	30	19	14
gebruik van kruiken	92	71	48	35	29	22	20	23
hygiëne	95	92	84	78	73	68	64	63
uitleg aan overige gezinsleden	91	83	72	64	56	48	45	47
Voorlichting over kraamvrouw								
vloeien	97	87	72	64	55	52	52	54
naweeën	94	79	50	33	20	14	11	9
plassen en ontlasting	97	88	82	71	59	50	42	37
hygiëne van de moeder	96	87	76	71	63	58	52	50
voeding van de moeder	74	78	75	72	67	57	53	51
verzorging van de borsten	81	82	85	86	78	71	65	64
rusten en mobilisatie	96	97	93	91	88	85	86	87
emotionele aspecten (kraamtranen)	37	44	61	62	60	51	45	44
gymnastiek en lichaamshouding	19	28	39	43	41	42	40	49
uitleg aan overige gezinsleden	78	69	56	50	44	36	33	36

Voorlichtingsbehoefte

Aan de kraamvrouwen is gevraagd in hoeverre zij (of hun partner) behoefte hadden aan voorlichting en instructies over voeding en verzorging, en in hoeverre zij dit ook kregen. Per dag had gemiddeld 84% van de vrouwen behoefte aan voorlichting over de voeding van de baby, variërend van 97% op dag 1 tot 70% op dag 8. Een gebrek aan voorlichting hierover werd door gemiddeld 2% van de kraamvrouwen gerapporteerd (van 3% op dag 1 tot 1% op dag 8). De behoefte aan voorlichting over de verzorging van en het omgaan met de baby was overeenkomstig: per dag had gemiddeld 85% van de vrouwen behoefte hieraan, variërend van 91% op dag 1 tot 76% op dag 8. Een gebrek aan voorlichting over verzorging van de baby werd door gemiddeld 3% van de kraamvrouwen gerapporteerd (van 6% op dag 1 tot 1% op dag 8). De behoefte van de kraamvrouw aan voorlichting over haar eigen verzorging en hygiëne was iets minder groot: per dag had gemiddeld 74% van de vrouwen behoefte hieraan, variërend van 89% op dag 1 tot 59% op dag 8. Een gebrek aan voorlichting hierover werd door gemiddeld 2% van de kraamvrouwen gerapporteerd (van 3% op dag 1 tot 2% op dag 8).

Ook de behoefte aan voorlichting en instructies was afhankelijk van de pariteit. Vrouwen met een eerder kind hadden geen behoefte aan voorlichting over voeding, verzorging van de baby en eigen verzorging in gemiddeld 21%, 22% resp. 32% van de gevallen. Bij vrouwen die hun eerste kind kregen was dit 9%, 5% resp. 18%.

Signalering van problemen

Een belangrijke taak van kraamverzorgenden is het signaleren van mogelijke problemen of klachten bij moeder of kind. Bij de drie zorggerelateerde kraamzorgonderdelen (verzorging en controle van de kraamvrouw, verzorging en controle van de baby, hulp bij borst- of flesvoeding) gaven de kraamverzorgenden niet alleen aan welke activiteiten zij dagelijks uitvoerden (tabel 13), maar ook of zij afwijkingen opmerkten van het normale en wat ze vervolgens hebben gedaan. In tabel 16 wordt weergegeven hoe vaak de kraamverzorgenden problemen of klachten hebben gesignaleerd.

Tabel 16 Signalering van problemen door kraamverzorgenden per kraamzorgdag tijdens de verzorging, controle en hulp bij voeding

	dag 1 (n=295)	dag 2 (n=505)	dag 3 (n=551)	dag 4 (n=555)	dag 5 (n=560)	dag 6 (n=556)	dag 7 (n=530)	dag 8 (n=409)
	%	%	%	%	%	%	%	%
verzorging en controle kraamvrouw	12	11	11	16	15	12	8	8
verzorging en controle baby	20	16	23	20	13	13	9	6
hulp bij borst- of flesvoeding	10	13	15	17	17	11	9	5

Tijdens de verzorging en controle van de kraamvrouw en tijdens het helpen bij de borst- of flesvoeding werd dagelijks bij gemiddeld 12% van de kraambedden iets opgemerkt dat afweek van het normale. In beide gevallen werden de meeste problemen halverwege de kraambedperiode (dag 4 en 5) gesignaleerd. Tijdens de verzorging en controle van de baby werd dagelijks bij gemiddeld 15% van de kraambedden iets opgemerkt dat afweek van het normale. Hierbij werden de meeste problemen tijdens de eerste vier dagen van de kraambedperiode gesignaleerd.

De meest genoemde problemen die tijdens de verzorging en controle van de kraamvrouw werden gesignaleerd waren klachten die gerelateerd zijn aan de bevalling zoals vermoeidheid, problemen rond perineum en labia, urine- en ontlastingsproblemen, ruim bloedverlies en naweeën (46% van de gerapporteerde problemen), borstklachten zoals harde of rode plekken, pijnlijke borst, stuwing en kloven (25%) en lichamelijke klachten die niet per se gerelateerd zijn aan de bevalling zoals hoofdpijn, rugpijn en verkoudheid (17%). Bij 5% van de gerapporteerde problemen ging het om koorts of (dreigende) baarmoederontsteking. Problemen die gesignaleerd werden tijdens de verzorging en controle van de baby waren zeer divers. Veel genoemd werden geel zien van de baby (20% van de gerapporteerde problemen), problemen met voeding zoals spugen en misselijkheid (13%), temperatuur (12%), de huid (11%), urine en ontlasting (9%), het navelstompje (8%) en vieze oogjes (7%). Problemen bij de voeding van de baby hadden enerzijds betrekking op het drinken van de baby (te weinig of te traag bij 40% en te snel of te gulzig bij 8% van de gerapporteerde problemen) en anderzijds op klachten van de moeder zoals tepelproblemen (33%) en stuwing (9%).

Bij 27% van de gesignaleerde problemen werd door de kraamverzorgende het verdere verloop van de klachten of problemen afgewacht. Dit gebeurde relatief minder vaak bij voedingsproblemen dan bij problemen die opgemerkt werden tijdens de verzorging en controle van moeder en kind (18% resp. 31%). Bij 50% van de gesignaleerde problemen zocht de kraamverzorgende zelf een oplossing. Bij problemen met de voeding van de baby werd relatief vaker een eigen oplossing bedacht (64%), in de meeste gevallen fysiologische oplossingen (zoals andere speen, andere houding, boertje) of het gebruik van huis-tuin-en-keuken middelen (zoals zalfjes, ijscompressen, koolbladeren). Bij eigen

oplossingen voor problemen die opgemerkt werden tijdens de verzorging en controle van moeder en kind (44%) ging het meestal om de toepassing van huis-tuin-en-keuken middelen (zoals zalfjes en sodabadjes bij de moeder of oogjes schoonmaken bij de baby), gevolgd door fysiologische oplossingen (zoals rust en massage bij de moeder, de baby in het licht leggen, bed schoonmaken en het gebruik van kruiken/mutsjes/matjes bij de baby). Bij 35% van gesignaleerde problemen werd de verloskundige gewaarschuwd. Dit gebeurde relatief minder vaak bij voedingsproblemen dan bij problemen die opgemerkt werden tijdens de verzorging en controle van moeder en kind (27% resp. 38%). In 3% van de gevallen werd de huisarts ingeschakeld. In uitzonderlijke gevallen (minder dan 1%) leidde de signalering door de kraamverzorgende tot een opname.

Zorgbehoefte tijdens kraambed

Ter evaluatie van de signaleringsfunctie van kraamverzorgenden, is de kraamvrouw dagelijks gevraagd naar mogelijke problemen bij haarzelf, de baby of het gezin, en of zij hierbij hulp heeft gekregen. Tabel 17 toont het verloop van de door de kraamvrouwen gerapporteerde problemen gedurende de kraambedperiode. Het aantal kraambedden waarover informatie beschikbaar is, verschilt per dag, hetgeen wordt aangegeven boven elke kolom. Dit aantal wordt enerzijds bepaald door de vraag of al dan niet kraamzorg is geleverd op de betreffende dag en anderzijds door het al dan niet invullen van het dagboek door de kraamvrouw (zie tabel 2). Gezien het feit dat de beschikbare informatie voor dag 9 en 10 relatief gering is (resp. $n=86$ en $n=24$), worden deze dagen buiten beschouwing gelaten.

Tabel 17 Rapportage van problemen door kraamvrouwen per kraamzorgdag

	dag 1 ($n=344$) %	dag 2 ($n=554$) %	dag 3 ($n=586$) %	dag 4 ($n=590$) %	dag 5 ($n=587$) %	dag 6 ($n=587$) %	dag 7 ($n=570$) %	dag 8 ($n=435$) %
Kraamvrouw								
pijnlijke borsten	3	8	40	69	65	53	36	25
pijnlijke tepels	15	35	52	58	48	42	37	29
buikpijn	71	64	48	30	18	15	14	14
klachten perineum en labia	63	62	57	55	49	40	34	31
andere klachten	7	9	12	13	12	11	10	10
Baby								
problemen met voeding	26	29	25	23	19	15	13	10
andere klachten	20	19	26	27	18	14	11	12
Gezin								
problemen met huishouden	5	6	5	6	5	5	5	4
problemen met opvang bezoek/kinderen	6	5	4	4	4	4	4	4

Lichamelijke en andere klachten bij de kraamvrouw zelf werden vaak genoemd: pijnlijke borsten, pijnlijke tepels, buikpijn en pijn als gevolg van hechtingen of zwellingen in het gebied tussen de vagina en anus werden dagelijks door resp. gemiddeld 40%, 41%, 33% en 48% van de kraamvrouwen gerapporteerd. Andere klachten bij de kraamvrouw werden dagelijks door gemiddeld 11% van de vrouwen genoemd (diverse overwegend lichamelijke klachten). Bij 71% van alle klachten kregen de kraamvrouwen de benodigde hulp en bij 27% van de klachten werd geen hulp gevraagd. Bij de resterende 2% van de klachten kreeg de kraamvrouw onvoldoende hulp.

Problemen met voeden of andere problemen bij de baby (voornamelijk geel zien, krampjes en ontlastingsproblemen) werden dagelijks door resp. gemiddeld 20% en 18% van de kraamvrouwen gerapporteerd. In de meeste gevallen (89%) werd bij deze problemen hulp gevraagd en gekregen. Bij slechts 5% van de problemen werd geen hulp gevraagd. Bij 6% van de gerapporteerde problemen schoot de hulp tekort.

Mogelijke problemen van huishoudelijke aard (zoals de bereiding van maaltijden, uitvoering van huishoudelijke taken) en bij de gezinsondersteunende taken (ontvangen van bezoek, opvang van kinderen) werden dagelijks door resp. gemiddeld 5% en 4% van de kraamvrouwen gerapporteerd. Deze problemen werden relatief vaak onvoldoende opgelost (8% wel hulp gevraagd maar niet gekregen, 24% onvoldoende hulp). Bij 56% van de gevallen werd wel voldoende hulp gegeven. Bij 12% van de problemen werd geen hulp gevraagd.

Wisseling kraamverzorgenden

Bij 51% van de kraambedden was er sprake van een wisseling van kraamverzorgenden. Dit was met name afhankelijk van de stedelijkheid, variërend van 39% bij kraambedden in niet-stedelijke gebieden tot 62% in de grote steden. In 33% van de gevallen had de kraamvrouw te maken met twee kraamverzorgenden (inclusief de kraamverzorgende die evt. bij de bevalling aanwezig was), bij 15% met drie kraamverzorgenden en bij 3% met vier of meer. Indien er sprake was van een wisseling, werd dit door 28% van de vrouwen als onplezierig ervaren en door 17% juist als plezierig. Kraamvrouwen vonden het onplezierig omdat een wisseling soms leidde tot onduidelijkheden en opnieuw afstemming moest plaatsvinden tussen het kraamgezin en de kraamverzorgende. Wisseling werd soms ook als plezierig ervaren door een mogelijk verschil in kennis van of persoonlijk contact met de kraamverzorgende. Bij 12% van de kraambedden was één of meer dagen een leerling of stagiaire aanwezig (11% van alle kraamzorgdagen).

Mening over kraamverzorgenden

Tabel 18 geeft een overzicht van de mening van de kraamvrouwen over de uitvoering van diverse taken door de kraamverzorgende. Indien er sprake was van een wisseling van kraamverzorgenden tijdens de kraambedperiode, hebben de antwoorden betrekking op de kraamverzorgende waarmee de kraamvrouw het meest te maken had.

De uitvoering van de verschillende taken werd door de overgrote meerderheid (91%-99%) van alle kraamvrouwen als goed of voldoende beoordeeld. De drie aspecten die betrekking hebben op de zorg voor de baby (lichamelijke verzorging, voorlichting en instructie hierover en hulp bij het voeden) worden relatief het meest gunstig beoordeeld. Een relatief minder goed oordeel wordt gegeven over de drie aspecten die betrekking hebben op de emotionele ondersteuning van de kraamvrouw en het gezin (ondersteuning bij emoties na zwangerschap en bevalling, zorg voor voldoende rust en hulp bij voorbereiding op het ouderschap). Zevenennegentig procent van de kraamvrouwen zou de betreffende kraamverzorgende aanbevelen aan anderen.

Tabel 18 Mening van kraamvrouwen over de uitvoering van diverse taken door de kraamverzorgende tijdens de kraambedperiode ($n=578$)¹

		Goed	Voldoende	Onvoldoende/ slecht
	<i>n</i>	%	%	%
Lichamelijke verzorging van baby	571	92	7	1
Lichamelijke verzorging van kraamvrouw	552	79	19	2
Zorg voor voldoende rust voor kraamvrouw	569	76	19	5
Ondersteuning van kraamvrouw bij emoties	494	61	34	5
Voorlichting over verzorging van baby	568	84	14	2
Voorlichting over verzorging van kraamvrouw	566	75	22	3
Hulp bij borst- of flesvoeding	564	84	15	1
Ondersteuning bij huishoudelijke taken	559	79	17	4
Opvang van kraamvisite	548	81	17	2
Hulp bij voorbereiding op ouderschap ²	209	57	34	9
Begeleiding of opvang andere kinderen ³	312	79	19	2

¹ Informatie alleen beschikbaar voor de 578 kraamvrouwen die de *Einde kraambed vragenlijst* hebben ingevuld

² Alleen van toepassing op gezinnen met eerste kind

³ Alleen van toepassing op gezinnen met eerdere kinderen

Samenwerking tussen zorgverleners

De samenwerking tussen de kraamverzorgende en verloskundige tijdens de partus-assistentie werd door zowel de hierbij aanwezige kraamverzorgende als de kraamvrouw als goed beoordeeld. Slechts bij 5 vrouwen (1% van de kraambedden met partus-assistentie) werd de samenwerking matig of slecht beoordeeld. Ook tijdens de kraambedperiode beoordeelden de kraamverzorgenden de samenwerking tussen de kraamverzorgende en de verloskundige slechts in incidentele gevallen (1%) als matig of slecht. De samenwerking werd meestal als goed (24%), zeer goed (22%) of zelfs uitstekend (53%) beoordeeld. Hoewel ook de overgrote meerderheid van de verloskundigen tevreden was over de samenwerking, waren de verloskundigen iets minder positief: matig of slecht (5%), goed (38%), zeer goed (28%) en uitstekend (29%). Bij matige of slechte samenwerking ging het veelal om gebrekkige overdracht, het niet naleven van afspraken of een vermeend gebrek aan kennis en vaardigheden bij de kraamverzorgende. Dezelfde aspecten (overdracht, afspraken, kennis en vaardigheid), maar dan in positieve zin, werden genoemd als er sprake was van goede tot uitstekende samenwerking. Zowel de verloskundige als kraamverzorgende waren van mening dat de mate van onderlinge bekendheid tussen de zorgverleners een belangrijke rol speelt bij de kwaliteit van de samenwerking.

3.1.5 *Zelfredzaamheid en kennis bij einde kraamzorg*

Zelfredzaamheid

Door de inzet van de kraamverzorgende wordt het tijdelijk tekort aan zelfzorg opgeheven. Bij zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende is aan het einde van de kraambedperiode nagegaan in hoeverre de kraamvrouw in staat is de taken uit te voeren waarvoor zij gedurende de kraamtijd hulp kreeg. Tabel 19 geeft de verdeling van de antwoorden van de kraamvrouwen weer.

Vrijwel alle kraamvrouwen waren geheel in staat de lichamelijke verzorging van de baby en hen zelf op zich te nemen. Vijf taken konden geheel of grotendeels door de

kraamvrouw worden uitgevoerd (zorg voor voldoende rust, opvang van kraamvisite, verzorging van de maaltijden, verzorging van het wasgoed en opvang van andere kinderen). Door 8%-14% van de kraamvrouwen konden deze taken nog niet of nauwelijks worden gedaan. Huishoudelijke werkzaamheden en inkopen konden resp. 30% en 40% van de kraamvrouwen nog niet of nauwelijks doen. De antwoorden van de kraamverzorgenden kwamen in grote lijnen overeen met die van de kraamvrouwen. Volgens de kraamverzorgenden kwam het echter minder vaak voor dat de kraamvrouwen niet of nauwelijks in staat waren tot de genoemde taken (resp. 17% en 25% voor huishoudelijke werkzaamheden en inkopen, 0%-9% voor overige taken).

Tabel 19 Mening van kraamvrouwen over de mate waarin zij zelf in staat zijn diverse taken uit te voeren aan het einde van de kraambedperiode

	<i>n</i>	Geheel %	Grotendeels %	Niet of nauwelijks %
Lichamelijke verzorging van baby	567	87	12	1
Lichamelijke verzorging van kraamvrouw	568	95	4	1
Zorg voor voldoende rust voor kraamvrouw	566	37	51	12
Opvang van de kraamvisite	567	38	54	8
Verzorging van de maaltijden	567	45	41	14
Huishoudelijke inkopen doen	566	21	39	40
Huishoudelijke werkzaamheden doen	567	22	48	30
Verzorging van het wasgoed	567	46	40	13
Opvang andere kinderen ¹	324	47	45	8

¹ Alleen van toepassing op gezinnen met eerdere kinderen

De kraamvrouw, kraamverzorgende en verloskundige gaven tevens aan in hoeverre men zeker is of de kraamvrouw alle taken aan kan die horen bij haar (nieuwe) rol als moeder. Van alle kraamvrouwen was 80% tamelijk of erg zeker deze taken aan te kunnen. Ook hier was de kraamverzorgende meer optimistisch over de zelfredzaamheid van de kraamvrouw, hetgeen werd ondersteund door de verloskundige (beiden 96% tamelijk of erg zeker).

Op basis van de 8 taken die op alle vrouwen van toepassing zijn is een zelfredzaamheidsscore berekend. Deze score werd berekend door de antwoorden te sommeren. Gezien de 4 antwoordmogelijkheden per item heeft de zelfredzaamheidsscore een potentiële range van 8 tot 32, waarbij een hogere score minder zelfredzaamheid weerspiegelt. Daarnaast is gekeken hoeveel taken de vrouwen niet of nauwelijks konden uitvoeren: 54% van de vrouwen kon alle taken geheel of grotendeels doen, 14% kon 1 taak nog niet of nauwelijks aan en 32% kon 2 of meer taken niet of nauwelijks uitvoeren.

Tabel 20 toont de gemiddelde zelfredzaamheidsscore en het percentage vrouwen dat 2 of meer taken niet of nauwelijks kon uitvoeren voor verschillende subgroepen op basis van de achtergrondkenmerken en de geleverde kraamzorg. Oudere vrouwen en hoog opgeleide vrouwen bleken enigszins minder zelfredzaam te zijn aan het einde van de kraambedperiode. Daarnaast waren vrouwen die hun eerste kind hadden gekregen minder zelfredzaam dan vrouwen die al één of meer kinderen hadden (38% resp. 28% niet zelfredzaam bij 2 of meer taken). Eenzelfde verschil was zichtbaar voor vrouwen die in het ziekenhuis versus thuis waren bevallen (38% resp. 29%).

Tabel 20 Gemiddelden en standaarddeviaties (SD) voor de zelfredzaamheidsscore en percentages vrouwen die bij 2 of meer taken niet zelfredzaam zijn, naar achtergrondkenmerken en type/duur van kraamzorg

	<i>n</i>	Zelfredzaamheidsscore gemiddeld (SD)	% ≥ 2 taken niet zelfredzaam ¹
Leeftijd	(<i>n</i> =545)		
jonger dan 25 jaar	25	12,2 (3,7)	27
25-29 jaar	158	13,6 (3,7)	27
30-34 jaar	278	13,6 (3,9)	36
35 jaar of ouder	84	13,8 (3,7)	33
Opleiding	(<i>n</i> =527)		
HBO/Universiteit	189	14,2 (4,0)	39
HAVO/VWO/MBO	222	13,3 (3,5)	28
VBO/MAVO	116	13,1 (4,0)	31
Geboorteland	(<i>n</i> =553)		
Nederland	534	13,5 (3,8)	32
elders	19	13,5 (3,9)	37
Pariteit	(<i>n</i> =549)		
eerste kind	230	14,3 (4,0)	38
tweede kind of meer	319	13,0 (3,6)	28
Plaats bevalling	(<i>n</i> =555)		
thuis	369	13,2 (3,8)	29
ziekenhuis	186	14,1 (3,9)	38
Type kraamzorg	(<i>n</i> =558)		
bezoeken/flexibel (< 6 uur/dag)	140	14,5 (4,1)	40
volledig (> 6 uur/dag)	418	13,2 (3,7)	29
Duur kraamzorg	(<i>n</i> =541)		
minder dan afgesproken door tekort	90	14,1 (4,1)	40
zoals afgesproken/overig	451	13,3 (3,7)	30

¹ Vrouwen die bij 2 of meer taken aangaven deze niet of nauwelijks te kunnen uitvoeren

Om de samenhang tussen zelfredzaamheid en de geleverde kraamzorg te onderzoeken is gekeken naar het type en de duur van kraamzorg. Bij type kraamzorg is gebruik gemaakt van het eerder beschreven onderscheid (zie paragraaf 3.1.4) in enerzijds kraambezoeken en flexibele zorg (bij resp. 3% en 22% van de kraambedden) en anderzijds volledige kraamzorg (bij 75% van de kraambedden). Bij de duur van de geleverde zorg is onderscheid gemaakt in enerzijds de groep vrouwen die minder kraamzorg kregen dan was afgesproken doordat de kraamzorgorganisatie het aantal afgesproken uren niet kon leveren (bij 16% van de kraambedden) en anderzijds vrouwen die minder uren kregen om andere redenen (voornamelijk door een (langer dan verwacht) verblijf in het ziekenhuis) of die meer uren kregen dan was afgesproken. Tabel 20 laat zien dat vrouwen die kraambezoeken of flexibele zorg kregen (< 6 uur per dag) aan het einde van de kraambedperiode minder zelfredzaam waren dan vrouwen die volledige kraamzorg kregen (40% resp. 29% niet zelfredzaam bij 2 of meer taken). Een zelfde verschil was zichtbaar voor vrouwen die minder kraamzorg kregen dan was afgesproken door een tekort bij de kraamzorgorganisatie versus de overige kraambedden (40% resp. 30%).

Kennis

Bij de kraamvrouwen is aan het einde van de kraambedperiode nagegaan wat de mate van kennis is over de verzorging van de baby en henzelf en over de melkvoeding. Voor het meten van de kennis waren 14 beweringen geformuleerd, onderverdeeld in drie onderwerpen: verzorging van de baby en moeder, borstvoeding en flesvoeding. In tabel 21 wordt per onderwerp weergegeven hoe vaak de kraamvrouwen het correcte antwoord hebben ingevuld. Bij elke bewering wordt het percentage vrouwen dat het correcte antwoord gaf vet weergegeven.

Tabel 21 Beweringen over de verzorging van baby en moeder, borstvoeding en flesvoeding

	<i>n</i>	Juist %	Onjuist %	Weet niet %
Verzorging van baby en moeder				
buikligging, zijligging en rugligging zijn even veilig voor de baby	569	3	97	0
het bloedverlies na de bevalling moet binnen 2 weken helemaal gestopt zijn	569	5	92	3
als de baby minder dan 4 natte luiers per dag heeft dan krijgt hij/zij te weinig voeding	568	72	19	9
een baby krijgt na de geboorte vitamine K om de hersengroei te bevorderen	559	9	78	13
ontzwangeren duurt ongeveer 9 maanden	566	87	10	3
in de eerste levensweek mag een pasgeborene niet op de rug liggen	569	40	57	3
roken in de kamer waar de baby bij is maakt de kans op wiegendood groter	569	85	6	9
de samenstelling van flesvoeding is gelijk aan die van borstvoeding	570	6	93	1
Borstvoeding¹				
borstgevoede kinderen krijgen vitamine K druppels tot het flesje vitamine K leeg is	412	14	82	4
het gebruik van tepelhoedjes is een goede manier om tepelkloven te voorkomen	415	40	44	16
bij pijnlijke en/of rode plekken op de borst mag de baby niet aangelegd worden	416	1	92	7
Flesvoeding²				
het kan geen kwaad een extra schepje melkpoeder toe te voegen aan elke fles als de baby hongerig is	131	2	95	3
flesvoeding moet gegeven worden op vaste tijden	131	52	47	1
flessen en spenen moeten dagelijks worden uitgekookt	131	99	1	0

¹ Alleen van toepassing op vrouwen die borstvoeding geven (evt. in combinatie met flesvoeding)

² Alleen van toepassing op vrouwen die flesvoeding geven (evt. in combinatie met borstvoeding)

Bij de beweringen over de verzorging van de baby en moeder gaf gemiddeld 83% van de vrouwen het correcte antwoord, 12% het foute antwoord en 5% wist het niet. Opvallend is dat 40% van de vrouwen dacht dat een pasgeborene in de eerste levensweek niet op de rug mag liggen. Ook waren relatief veel vrouwen niet op de hoogte van het feit dat het hebben van minder dan 4 natte luiers kan duiden op te weinig voeding (19% fout, 9% weet niet) en was de reden van vitamine K gebruik vaak onbekend (9% fout, 13% weet niet).

Een relatief gering aantal kraamvrouwen was van mening dat de samenstelling van flesvoeding gelijk is aan die van borstvoeding (6% fout, 1% weet niet). Beantwoording van de specifieke beweringen over borst- en flesvoeding was afhankelijk van het type voeding dat tijdens de kraambedperiode werd gegeven. Voor 564 van de 578 vrouwen die de *Einde kraambed vragenlijst* hebben ingevuld, is bekend welke voeding zij vlak na de bevalling gaven. Door 75% van de kraamvrouwen werd uitsluitend borstvoeding gegeven, door 22% uitsluitend flesvoeding en door 3% een combinatie van beiden. Opvallend is dat van de 36 vrouwen (6%) die van mening waren dat de samenstelling van flesvoeding gelijk is aan die van borstvoeding, de verhouding borst/flesvoeding omgekeerd was: 72% uitsluitend flesvoeding, 22% uitsluitend borstvoeding, 6% gemengd. Vrouwen die borstvoeding gaven, bleken moeite te hebben met de bewering dat het gebruik van tepelhoedjes een goede manier is om tepelkloven te voorkomen (40% fout, 16% weet niet). Vrouwen die flesvoeding gaven, waren veelal in de veronderstelling dat flesvoeding op vaste tijden moet worden gegeven (52% fout, 1% weet niet).

Op basis van de 8 algemene beweringen is een kennisscore berekend. Aan elk item werd een score van 1 toegekend voor een correct antwoord en een score van 0 voor een fout antwoord of het antwoord 'weet niet'. Vervolgens werd de totale kennisscore berekend door de correcte antwoorden te sommeren. De kennisscore heeft dus een potentiële range van 0 tot 8. De gemiddelde kennisscore was 6,6. Dit betekent dat de kraamvrouwen bij gemiddeld 6 à 7 beweringen het correcte antwoord gaven. De mate van kennis was met name gerelateerd aan leeftijd en opleiding van de kraamvrouw. Lager opgeleide vrouwen hadden relatief minder kennis dan hoger opgeleide vrouwen (6,2 resp. 6,9). Er was geen samenhang met pariteit en plaats van bevalling, noch met het type en de duur van de geleverde kraamzorg.

3.1.6 *Zorgbehoefte na kraambed*

De vrouwen gaven aan of er sinds de beëindiging van de kraamzorg klachten of problemen zijn geweest bij haarzelf of de baby. Dit bleek vaak het geval te zijn: 38% van de vrouwen rapporteerden lichamelijke klachten, 33% heeft last gehad van veranderingen in haar emoties of gevoelens, 36% heeft moeite gehad met het uitvoeren van huishoudelijke taken of andere werkzaamheden (zoals verzorging van kinderen of ontvangen van bezoek), 43% heeft zich ongerust gemaakt over de gezondheid van de baby, 31% rapporteerde problemen bij de melkvoeding, en 7% heeft zich ongerust gemaakt over andere aspecten van de dagelijkse verzorging van de baby.

Bij de genoemde klachten of problemen vroegen de vrouwen niet altijd om hulp. Tabel 22 toont het percentage vrouwen dat hulp heeft gezocht voor haar klachten of problemen bij zorgverleners, partner of familieleden/vrienden. Gezien het feit dat de zorgbehoefte na het kraambed met name bleek samen te hangen met de gerapporteerde zelfredzaamheid aan het einde van de kraambedperiode, worden de percentages niet alleen voor de totale groep getoond maar ook opgesplitst naar de mate van zelfredzaamheid. Hierbij is gebruik gemaakt van het eerder beschreven onderscheid (zie

paragraaf 3.1.5) in enerzijds vrouwen die 2 of meer taken niet of nauwelijks konden uitvoeren (32% van de kraamvrouwen) en anderzijds vrouwen die alle taken geheel of grotendeels konden doen of 1 taak nog niet (68%).

Tabel 22 Percentages vrouwen die na het kraambed hulp hebben gezocht voor diverse klachten of problemen, voor totale groep en opgesplitst naar mate van zelfredzaamheid bij het einde van de kraambedperiode

	Totaal (n=524) ¹	0 of 1 taken niet zelfredzaam ² (n=358)	≥ 2 taken niet zelfredzaam ² (n=166)
	%	%	%
Lichamelijke klachten bij kraamvrouw	24	20	32
Veranderingen in emoties of gevoelens	18	17	20
Problemen met huishouden of gezin	32	23	52
Zorgen over gezondheid van baby	39	36	45
Problemen bij de melkvoeding	25	24	30
Zorgen over verzorging van baby	5	5	7

¹ De 524 vrouwen die de *Zes weken vragenlijst* hebben ingevuld

² Vrouwen die bij 0-1 versus 2 of meer taken aangaven deze niet of nauwelijks te kunnen uitvoeren

Tabel 22 laat zien dat in alle gevallen de zorgbehoefte na het kraambed groter was bij de vrouwen die minder zelfredzaam zijn aan het einde van de kraambedperiode. Zoals verwacht was dit met name het geval bij problemen op het gebied van huishouden en gezin (52% bij minder zelfredzame vrouwen versus 23% bij wel zelfredzame vrouwen).

Bij de meeste klachten of problemen kon geen samenhang worden aangetoond met het type of de duur van de geleverde kraamzorg. Dit was wel in geringe mate het geval bij de mate waarin de vrouwen zich ongerust hebben gemaakt over de gezondheid van de baby. Vrouwen die kraambezoeken of flexibele zorg kregen (< 6 uur per dag) waren relatief vaker ongerust dan vrouwen die volledige kraamzorg kregen (47% resp. 36%). Een zelfde verschil was zichtbaar voor vrouwen die minder kraamzorg kregen dan was afgesproken door een tekort bij de kraamzorgorganisatie versus de overige kraambedden (45% resp. 37%).

3.1.7 Melkvoeding, slaaphouding en bezoek consultatiebureau na zeven weken

Melkvoeding

Zoals eerder vermeld werd vlak na de bevalling door 75% van de kraamvrouwen uitsluitend borstvoeding gegeven, door 22% uitsluitend flesvoeding en door 3% een combinatie van beiden. Na gemiddeld 7 weken gaf nog 48% van de vrouwen uitsluitend borstvoeding, 39% uitsluitend flesvoeding en 13% gemengde voeding. Gezien het feit dat 78% van de vrouwen gestart was met borstvoeding, is 30% van de vrouwen dus op enig moment flesvoeding gaan (bij)geven (155 van de 524 vrouwen die de *Zes weken vragenlijst* hebben ingevuld). Van 3% was al bekend dat zij vanaf het begin gemengde voeding gaven. Nog eens 3% ging later in de kraambedperiode flesvoeding (bij)geven. De overige 24% is dit na de kraambedperiode gaan doen. Hierbij was sprake van een geleidelijk proces. Elke week na de kraamtijd ging ca. 4% van de kraamvrouwen flesvoeding (bij)geven. De meest genoemde redenen om flesvoeding te gaan (bij)geven

waren het beter willen weten hoeveel de baby drinkt, te weinig borstvoeding volgens de kraamvrouw en de mogelijkheid dat ook de vader flesvoeding kan geven.

Het percentage vrouwen dat na zeven weken uitsluitend flesvoeding gaf (gemiddeld 39%) was sterk gerelateerd aan leeftijd en opleiding van de kraamvrouw, variërend van 53% in de jongste groep vrouwen (< 25 jaar) tot 22% in de oudste groep (> 35 jaar) en van 57% bij lager opgeleide vrouwen tot 20% bij hoger opgeleide vrouwen. Er was sprake van een geringe samenhang met geboorteland, pariteit en plaats van bevalling (iets vaker flesvoeding bij vrouwen die in Nederland zijn geboren, die al een eerder kind hadden en die in het ziekenhuis zijn bevallen). Geen samenhang kon worden aangetoond met het type en de duur van de geleverde kraamzorg.

Slaaphouding

De kinderen werden in 75% van de gevallen 's nachts gewoonlijk op de rug te slapen gelegd, 16% wisselend op de rug of op een zij en 5% gewoonlijk op een zij. De overige 4% van de kinderen werden 's nachts soms of altijd op de buik te slapen gelegd. In de laatste nacht werd 6% van de kinderen onder een dekbed te slapen gelegd en 31% onder een hoesdeken (deken in een dekbedhoes). Het gebruik van een trappelzak (babyslaapzak) werd gemeld door 17% van de vrouwen, meestal in combinatie met andere toedekmaterialen. Het gebruik van een hoofdkussen of hoofdbeschermer kwam weinig voor (resp. 1% en 5%). In 73% van de gevallen werd het bed 'kort' opgemaakt, zodat het kind met de voeten tegen het voeteneind lag. Bij 15% van de gezinnen sliep het kind de laatste nacht bij de ouders in bed. Bij een kwart hiervan sliep het kind gedurende de gehele nacht bij de ouders. In de overige gevallen sliep het kind in zijn eigen bed, bij de ouders op de kamer (25%) dan wel in een eigen kamer (60%).

Evenals bij de melkvoeding was de slaaphouding van de baby met name gerelateerd aan leeftijd en opleiding van de kraamvrouw, zij het in mindere mate. Het percentage kinderen dat 's nachts niet als gewoonte op de rug te slapen werd gelegd (gemiddeld 25%) varieerde van 37% in de jongste groep vrouwen (< 25 jaar) tot 20% in de oudste groep (> 35 jaar) en van 34% bij lager opgeleide vrouwen tot 19% bij hoger opgeleide vrouwen. Er was sprake van een sterke samenhang met geboorteland (bij 23% in Nederland geboren vrouwen versus 53% vrouwen die elders zijn geboren werden de kinderen niet op de rug gelegd). Er was geen samenhang met pariteit en plaats van bevalling, noch met het type en de duur van de geleverde kraamzorg.

Bezoek consultatiebureau

Bij 96% van de vrouwen had het eerste bezoek aan het consultatiebureau reeds plaatsgevonden. In de overige gevallen was wel een afspraak gemaakt of werd de vraag niet beantwoord. Slechts één vrouw gaf aan dat er (bijna zes weken na de bevalling) nog geen afspraak met haar was gemaakt. Van alle vrouwen die het consultatiebureau reeds bezocht hadden, vond dit bezoek in 85% van de gevallen plaats op de afgesproken datum, 9% had wel al een afspraak maar is eerder gegaan en 7% is op eigen initiatief gegaan. Als vrouwen eerder gingen was dit meestal om het kind te laten wegen.

3.1.8 *Belang kraamzorg*

Aan zowel de kraamvrouw, de kraamverzorgende als de verloskundige zijn elf redenen voorgelegd waarom kraamzorg belangrijk kan zijn. Elke respondent kon voor deze redenen aangeven in welke mate ze van belang worden geacht. In tabel 23 wordt weergegeven hoeveel procent van de kraamvrouwen, kraamverzorgenden en verlos-

kundigen de verschillende redenen erg of heel erg belangrijk vond. Vier aspecten werden door alledrie de respondenten in de meeste gevallen belangrijk geacht (88%-99%): tijdig lichamelijke problemen of ziekte bij het kind signaleren, voorlichting en instructie geven, moeder (en vader) helpen bij de verzorging van de baby, er voor zorgen dat de (borst)voeding goed op gang komt. Bij twee aspecten waren alledrie de respondenten het erover eens dat deze van minder groot belang zijn: ondersteuning geven bij huishoudelijke taken en bij het ontvangen van bezoek. Wel was hierin nog een aanmerkelijk verschil te zien tussen de kraamvrouwen (58% resp. 45%) en de zorgverleners (42% resp. 38% bij kraamverzorgenden, 32% resp. 24% bij verloskundigen). Het tijdig signaleren van lichamelijke of psychische problemen bij de moeder werd door de meeste kraam-verzorgenden (95%) en verloskundigen (91%) van groot belang geacht, maar opvallend genoeg relatief minder vaak door de kraamvrouwen zelf (81%). De overige vier aspecten, zorgen voor goede hygiëne, bevorderen van het lichamelijke en psychische herstel van de moeder, moeder en kind de tijd geven om elkaar te leren kennen en het gezin de gelegenheid geven aan het nieuwe gezinslid te wennen, werden door de meeste kraamverzorgenden ook (heel) erg belangrijk gevonden (93%-98%). Dit was relatief minder vaak het geval bij de kraamvrouwen (76%-85%) en de verloskundigen (67%-82%).

Tabel 23 Redenen waarom kraamzorg van belang wordt geacht volgens kraamvrouwen, kraamverzorgenden en verloskundigen

	Kraam- vrouw % ¹	Kraam- verzorgende % ¹	Verlos- kundige % ¹
Om tijdig lichamelijke of psychische Problemen bij de moeder te signaleren	81	95	91
Om tijdig lichamelijke problemen of ziekte Bij het kind te signaleren	97	99	96
Om te zorgen voor een goede hygiëne	80	95	73
Om het lichamelijke en psychische herstel Van de moeder te bevorderen	85	98	82
Om de moeder (en vader) te helpen bij de Verzorging van de baby	95	97	88
Om voorlichting en instructies te geven Aan de moeder (en vader)	94	99	93
Om ondersteuning te geven bij huishoudelijke Taken	58	42	32
Om ondersteuning te geven bij het ontvangen Van bezoek	45	38	24
Om moeder en kind de tijd te geven Elkaar te leren kennen	78	95	76
Om het gezin de gelegenheid te geven Aan het nieuwe gezinslid te wennen	76	93	67
Om er voor te zorgen dat de (borst)voeding Goed op gang komt	88	98	98

¹ Percentage van de respondenten dat de genoemde reden (heel) erg belangrijk vindt

3.2 Retrospectief onderzoek

3.2.1 Onderzoekspopulatie

Respons

Alle 65 bij het (toenmalige) Landelijke Centrum voor Ouder en Kind Zorg (LC-OKZ) aangesloten instellingen met ouder en kindzorg in hun pakket zijn schriftelijk benaderd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan waren er 49 (75%) bereid om via hun consultatiebureaus vragenlijsten te verspreiden onder moeders van kinderen jonger dan zes maanden. De meest genoemde redenen van organisaties om niet deel te nemen waren tijdgebrek en onderbezetting.

In totaal zijn er 5160 vragenlijsten verzonden aan 238 consultatiebureaus waarvan 3346 (65%) zijn geretourneerd. De vragenlijst werd in 99% van de gevallen door de moeder zelf ingevuld. De overige lijsten werden door iemand anders ingevuld zoals de vader, een zuster van de moeder, een tolk of een pleegmoeder van het kind.

Achtergrondkenmerken

Tabel 24 toont enkele achtergrondkenmerken van de vrouwen in de onderzoekspopulatie. Voor zover mogelijk is een vergelijking gemaakt met CBS-gegevens of met de landelijke populatie van vrouwen die onlangs (in 1999) zijn bevallen (Offerhaus, 2001), gebaseerd op de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR).

De leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie kwam redelijk overeen met die van de landelijke populatie volgens de LVR. Dit gold ook voor de pariteit (49% eerste kind) en de plaats van bevalling (34% thuisbevalling).

In de onderzoekspopulatie was 31% van de vrouwen hoog opgeleid, had 43% een middelbare opleiding en was 28% laag opgeleid. Deze gegevens komen goed overeen met CBS gegevens voor vrouwen in de leeftijd van 20-44 jaar (26% hoog, 47% middelbaar en 27% laag) (CBS 1999).

In de onderzoekspopulatie was 93% van de vrouwen geboren in Nederland, 3% in Suriname, de Antillen, Turkije of Marokko, en 4% in andere landen (grotendeels overige EU-landen). Volgens CBS gegevens voor vrouwen in de leeftijd van 20-34 is 85% geboren in Nederland, 3% in Suriname/Antillen, 4% in Turkije/Marokko en 8% in overige landen. Er is dus een duidelijk verschil tussen de onderzoekspopulatie en de landelijke populatie (CBS 2001).

Bij 13% van de kraamvrouwen was er sprake van een bevalling in de zomermaanden (juli en augustus) waarin er mogelijk sprake kan zijn van een verminderde beschikbaarheid van kraamzorg. Jaarlijks wordt circa 17% van de kinderen geboren in de maanden juli en augustus. De geringe ondervertegenwoordiging in de huidige onderzoekspopulatie kan verklaard worden uit het feit dat de werving van respondenten op de consultatiebureaus met name plaatsvond in de maanden januari-maart 2001 (meeste kinderen geboren in de maanden september 2000 tot januari 2001).

De verdeling van de kraamvrouwen over de provincies en stedelijkheid van de gemeenten komt redelijk overeen met de landelijke populatie volgens het CBS. De

provincies Friesland en Overijssel zijn in geringe mate oververtegenwoordigd (landelijk 4% resp. 7%) en de provincies Utrecht en Noord-Holland enigszins ondervertegenwoordigd (landelijk 7% resp. 16%). Noord-Brabant is duidelijk oververtegenwoordigd (landelijk 15%) omdat in deze regio op verzoek van de Thuiszorgorganisatie Midden-Brabant extra vragenlijsten waren uitgedeeld om de lokale borstvoedingscijfers vast te stellen. De zeer sterk stedelijke gemeenten zijn enigszins ondervertegenwoordigd in de huidige onderzoekspopulatie (landelijk 17%) (CBS 2001).

Tabel 24 Verdeling van de onderzoekspopulatie naar achtergrondkenmerken ($n=3346$)

	<i>n</i>	%
Leeftijd	(<i>n=3316</i>)	
jonger dan 25 jaar	259	8
25-29 jaar	1076	32
30-34 jaar	1432	43
35 jaar of ouder	558	17
Opleiding	(<i>n=3227</i>)	
HBO/Universiteit	990	31
HAVO/VWO/MBO	1401	43
VBO/MAVO	785	24
lagere school	51	2
Geboorteland	(<i>n=3331</i>)	
Nederland	3110	93
Suriname/Antillen/Turkije/Marokko	87	3
elders ¹	134	4
Pariteit	(<i>n=3338</i>)	
eerste kind	1636	49
tweede kind of meer	1702	51
Plaats bevalling	(<i>n=3337</i>)	
thuis	1123	34
ziekenhuis	2205	66
anders	9	0
Seizoen bevalling	(<i>n=3321</i>)	
zomer (juli/augustus)	447	13
niet zomer	2874	87
Provincie	(<i>n=3239</i>)	
Groningen	63	2
Friesland	187	6
Drenthe	42	1
Overijssel	313	10
Flevoland	54	2
Gelderland	385	12
Utrecht	74	2
Noord-Holland	402	12
Zuid-Holland	665	21
Zeeland	116	4
Noord-Brabant	674	21
Limburg	264	8
Stedelijkheid	(<i>n=3239</i>)	
zeer sterk stedelijk	373	12
sterk stedelijk	842	26
matig stedelijk	689	21
weinig stedelijk	780	24
niet stedelijk	555	17

¹ Voornamelijk overige EU-landen

3.2.2 *Kraamzorg*

Frequentie van kraamzorg

Voor 3316 van de 3346 vrouwen was informatie beschikbaar over de verkregen kraamzorg na de geboorte van hun kind. Van deze vrouwen hebben 3135 (95%) kraamzorg ontvangen via een thuiszorgorganisatie of een ander kraamzorgbureau. Van de overige 181 vrouwen (5%) gaven er 52 aan wel kraamverzorging te hebben gekregen van hun partner, familie of andere bekenden. De resterende 129 hebben geen kraamzorg gehad.

Tabel 25 geeft weer in hoeverre er verschillen zijn tussen vrouwen met en zonder kraamzorg in de beschreven achtergrondkenmerken. Bij drie groepen vrouwen komt het relatief vaak voor dat er geen kraamzorg wordt ontvangen via een thuiszorgorganisatie of een particulier bureau: vrouwen jonger dan 25 jaar (15%), vrouwen die hooguit basisonderwijs hebben gevolgd (22%), vrouwen die niet in Nederland zijn geboren (22% in de grote vier allochtone groepen), en in mindere mate vrouwen uit de zeer sterk stedelijke gebieden (11%).

Geleverde kraamzorgduur

Bij de vrouwen die wel kraamzorg ontvingen was gemiddeld circa 46 uur kraamzorg geleverd in gemiddeld 6,9 dagen. Combinatie van het aantal geleverde uren en dagen liet zien dat bij 71% van de kraambedden gemiddeld tenminste 6 uur per dag kraamzorg werd geleverd (hierna benoemd als volledige kraamzorg). Bij 9% van de kraambedden was sprake van kraambezoeken (gemiddeld maximaal 3 uur per dag). Bij de overige 20% werd flexibele kraamzorg geleverd.

Tabel 26 toont het gemiddeld aantal geleverde uren kraamzorg en het percentage kraambedden met volledige kraamzorg naar achtergrondkenmerken van de kraamvrouwen. Evenals in de prospectieve studie was er een aanzienlijk verschil in de duur van kraamzorg bij thuisbevallingen en ziekenhuisbevallingen (gemiddeld 53 resp. 42 uur). De resultaten worden weergegeven voor zowel de totale groep als opgesplitst naar thuis- en ziekenhuisbevalling.

Het gemiddeld aantal geleverde uren kraamzorg was relatief laag (< 45 uur) bij de jongste groep vrouwen, vrouwen die hooguit basisonderwijs hebben gevolgd, vrouwen die niet in Nederland zijn geboren, vrouwen die hun eerste kind kregen, kraambedden in de zomervakantiemaanden, kraambedden in de Randstedelijke provincies en Friesland, en kraambedden in de grote stedelijke gebieden. In deze subgroepen was ook het percentage kraambedden met volledige kraamzorg relatief laag (< 70%). Evenals in de prospectieve studie werd, binnen de groep grote steden, met name in Amsterdam ($n=85$) relatief weinig kraamzorg geleverd (gemiddeld 28 uren, 16% volledige kraamzorg).

Tabel 25 Achtergrondkenmerken van vrouwen in gezinnen met en zonder kraamzorg na de geboorte van hun kind (n=3316)

	Met kraamzorg		Zonder kraamzorg	
	n	% ¹	n	% ¹
Leeftijd	(n=3113)		(n=179)	
jonger dan 25 jaar	217	85	39	15
25-29 jaar	1005	95	55	5
30-34 jaar	1368	96	54	4
35 jaar of ouder	523	94	31	6
Opleiding	(n=3034)		(n=172)	
HBO/Universiteit	941	96	41	4
HAVO/VWO/MBO	1332	95	63	5
VBO/MAVO	721	93	57	7
lagere school	40	78	11	22
Geboorteland	(n=3128)		(n=179)	
Nederland	2940	95	147	5
Suriname/Antillen/Turkije/Marokko	67	78	19	22
elders	121	90	13	10
Pariteit	(n=3133)		(n=181)	
eerste kind	1540	95	89	5
tweede kind of meer	1593	95	92	5
Plaats bevalling	(n=3128)		(n=176)	
thuis	1089	98	19	2
ziekenhuis	2039	93	157	7
Seizoen bevalling	(n=3124)		(n=179)	
zomer (juli/augustus)	410	93	33	7
niet zomer	2714	95	146	5
Provincie	(n=3039)		(n=175)	
Groningen	59	94	4	6
Friesland	178	96	7	4
Drenthe	39	93	3	7
Overijssel	305	98	6	2
Flevoland	53	98	1	2
Gelderland	364	95	19	5
Utrecht	68	93	5	7
Noord-Holland	372	93	28	7
Zuid-Holland	608	92	50	8
Zeeland	112	97	4	3
Noord-Brabant	625	94	41	6
Limburg	256	97	7	3
Stedelijkheid	(n=3039)		(n=175)	
zeer sterk stedelijk	331	89	39	11
sterk stedelijk	772	93	62	7
matig stedelijk	655	96	29	4
weinig stedelijk	745	96	28	4
niet stedelijk	536	97	17	3

¹ Percentage kraambedden met of zonder kraamzorg in de betreffende subgroep (rij-percentages)

Tabel 26 Duur kraamzorg naar achtergrondkenmerken van vrouwen (n=3135)

	Totaal		Thuisbevalling		Ziekenhuisbevalling	
	Uren gemiddeld	% ¹ > 6 uur	Uren gemiddeld	% ¹ > 6 uur	Uren gemiddeld	% ¹ > 6 uur
Totaal	46	71%	53	78%	42	68%
Leeftijd						
jonger dan 25 jaar	40	52%	49	68%	35	42%
25-29 jaar	46	72%	52	77%	42	70%
30-34 jaar	47	74%	54	81%	43	69%
35 jaar of ouder	47	73%	53	78%	44	70%
Opleiding						
HBO/Universiteit	46	71%	51	74%	42	69%
HAVO/VWO/MBO	47	75%	54	82%	43	70%
VBO/MAVO	46	69%	54	70%	42	64%
lagere school	36	45%	51	67%	32	40%
Geboorteland						
Nederland	47	74%	53	80%	43	71%
Sur/Ant/Tur/Mar elders	27	17%	34	33%	25	14%
	35	42%	42	46%	32	41%
Pariteit						
eerste kind	43	67%	51	73%	40	64%
tweede kind of meer	49	76%	54	82%	45	72%
Seizoen bevalling						
zomer (juli/augustus)	43	69%	51	77%	40	65%
niet zomer	46	72%	53	79%	43	68%
Provincie						
Groningen	49	77%	54	80%	47	76%
Friesland	43	61%	50	68%	39	57%
Drenthe	50	83%	63	100%	46	78%
Overijssel	49	84%	57	92%	44	79%
Flevoland	51	88%	54	94%	50	84%
Gelderland	47	82%	53	88%	43	78%
Utrecht	42	59%	46	55%	39	63%
Noord-Holland	42	57%	47	61%	39	54%
Zuid-Holland	43	57%	50	67%	39	53%
Zeeland	53	90%	61	97%	49	86%
Noord-Brabant	47	78%	54	84%	44	76%
Limburg	49	77%	59	92%	45	70%
Stedelijkheid						
zeer sterk stedelijk	35	34%	41	40%	32	32%
sterk stedelijk	45	68%	52	78%	41	62%
matig stedelijk	48	78%	55	88%	44	73%
weinig stedelijk	49	80%	54	80%	45	79%
niet stedelijk	50	82%	55	86%	46	79%

¹ Percentage kraambedden met of zonder kraamzorg in de betreffende subgroep (rij-percentage)

4 Beschouwing

4.1 Inleiding

Belangrijk voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten is de vraag in hoeverre de beide onderzoeken een representatief beeld schetsen van het functioneren van de kraamzorg in Nederland.

Het retrospectieve gedeelte van dit onderzoek geeft resultaten weer van een representatieve steekproef van kraamvrouwen in Nederland. De meest betrouwbare gegevens over de **kwantiteit** van de geleverde kraamzorg in Nederland (gemiddeld aantal dagen en uren, totaal aantal dagen en uren) komen dan ook uit dit onderzoek.

Het prospectieve onderzoek geeft een representatief beeld van de meest gebruikelijke vorm van kraamverzorging, namelijk vrouwen die thuis bevallen met behulp van een verloskundige. Dit onderzoek levert vooral relevante informatie over de **kwaliteit en inhoud** van de kraamzorg in de beleving van de kraamvrouw en de kraamverzorgende.

Daarbij moet worden aangetekend dat zowel in het retro- als prospectieve onderzoek allochtonen ondervetegenwoordigd zijn. Wat betreft de leeftijdsopbouw is er sprake van een lichte oververtegenwoordiging van oudere vrouwen (> 30 jaar) in het prospectieve onderzoek.

In de prospectieve onderzoeksgroep wordt gemiddeld een iets hoger aantal uren zorg geleverd dan in de retrospectieve groep. Daarbij moet worden aangetekend dat wat betreft de beoordeling van het geleverde aantal uren en dagen (en daarbij misschien wat betreft de kwaliteit en inhoud van de zorg) de prospectieve steekproef mogelijk een iets te positief beeld geeft voor de gemiddelde kraamzorg.

4.2 Beschikbaarheid

4.2.1 *Beschikbare uren en dagen*

Uit het retrospectieve onderzoek blijkt dat 5% van de kraamvrouwen geen kraamzorg van een kraamzorginstelling ontvangt. Aan de vrouwen die wel kraamzorg krijgen, wordt gemiddeld 46 uren zorg geleverd gedurende bijna 7 dagen. Iets meer dan 70% van de vrouwen kreeg daarbij gemiddeld meer dan 6 uur zorg per geleverde dag. Bij thuisbevallingen is het aantal gemiddelde uren hoger (53 uur) dan bij ziekenhuisbevallingen (42 uur) omdat de in het ziekenhuis gemaakte verzorgingsuren of -dagen van het totale kraamzorgaanbod werden afgetrokken. Er zijn echter grote verschillen in geleverde uren naar achtergrondkenmerken van de vrouw. Vrouwen met een eerste baby kregen minder zorg (gemiddeld 43 uur) dan vrouwen die al eerder een kind hadden gehad (gemiddeld 49 uur). Zeer laag opgeleiden krijgen gemiddeld 10 uur minder zorg dan zeer hoog opgeleiden en allochtonen gemiddeld 20 uur minder dan autochtonen. In de zeer sterk stedelijke gebieden wordt gemiddeld 15 uur minder zorg geleverd dan in de niet-stedelijke gebieden.

Uit het prospectieve onderzoek blijkt dat bijna 70% van de vrouwen tevreden is met het aantal uren en dagen dat geleverd wordt. Daarmee is de satisfactie bij de kraamvrouwen hoger dan van tevoren soms werd verondersteld. Toch werden in 45% van de kraambedden minder kraamzorguren gegeven dan was afgesproken en werd in 5% werd meer dan 1 dag korter zorg geleverd dan de afspraak was. In een kwart van de kraambedden werd een tekort aan totale beschikbaarheid van kraamzorg van meer dan 8

uur gesignaleerd. Bij bijna de helft van deze gevallen (12% van het totale aantal kraambedden) werd als reden genoemd dat de kraamzorgorganisatie het aantal afgesproken uren niet kon leveren. Het lijkt hieruit dat wanneer er niet aan de afgesproken duur van de kraamzorg voldaan kan worden er vaak voor gekozen wordt wel het afgesproken aantal zorgdagen te leveren. Dit heeft dan tot gevolg dat er minder zorguren per dag zijn. Kraamverzorgenden rapporteerden een tekort aan zorguren gedurende de eerste 3 dagen van de kraambedperiode, juist in de periode waarin zorg vooral nodig is.

Ook in het prospectieve onderzoek is de situatie in de sterk verstedelijkte gebieden duidelijk slechter dan in de niet-verstedelijkte gebieden (gemiddeld 37 uur zorg ten opzichte van 53 uur). Allochtone vrouwen krijgen gemiddeld 10 uur minder zorg. Er is geen verschil in het aantal geleverde uren naar opleidingsniveau.

Eenzijds is de gemiddelde situatie dus gunstig, anderzijds zijn de verschillen naar de met elkaar samenhangende factoren van stedelijkheid, etniciteit en sociaal-economische status zorgwekkend. De oorzaken van deze grote verschillen liggen waarschijnlijk onder andere in het aanbodprobleem in de grote steden. Mogelijk spelen ook factoren bij de cliënten een rol. Immers, bij de helft van de gevallen waarin meer dan 8 uur korter kraamzorg was geleverd dan afgesproken, was de kraamzorgaanbieder in gebreke gebleven. Bij de andere helft was er blijkbaar een andere oorzaak. Met name wat betreft de allochtone groep spelen mogelijk cultuurverschillen en behoeftverschillen een rol en wellicht ook verschillen in het duidelijk maken van de zorgbehoefte. Het lage aantal allochtone kraamvrouwen in het prospectieve onderzoek laat verdere analyse niet toe. Separaat van het hier gerapporteerde onderzoek wordt een diepte-onderzoek uitgevoerd onder allochtone kraamvrouwen waaruit meer informatie zal voortvloeien. De resultaten zullen in juni 2002 worden gerapporteerd.

4.2.2 *Voorbezoek/Intake*

Uit het prospectieve onderzoek bleek dat in bijna alle gevallen van tevoren afspraken waren gemaakt over de te leveren kraamzorg wat betreft aantal uren en dagen. De manier waarop dit gebeurde was divers. Een aantal jaren geleden behoorde bijvoorbeeld het huisbezoek tot de dagelijkse praktijk van kraamzorginstellingen. In het huidige onderzoek werd dit in minder dan de helft van de onderzochte kraambedden uitgevoerd en werden afspraken vooral schriftelijk of telefonisch gemaakt. Indien er sprake was van een huisbezoek werden aanmerkelijk vaker afspraken over de inhoud van de kraamzorg gemaakt. Vrouwen gaven duidelijk aan het maken van afspraken over de zorg zinvol te vinden omdat hierdoor voor hen helder werd wat de kraamverzorging inhield. Het in stand houden van het thuisbezoek juist bij groepen die relatief weinig kraamzorg blijken te ontvangen, zoals vrouwen met een eerste kind, jonge vrouwen en allochtone vrouwen, zou een bijdrage kunnen leveren aan betere afstemming tussen zorgbehoefte en zorgaanbod.

4.2.3 *Partusassistentie*

Onder partusassistentie wordt verstaan assistentie gegeven door een kraamverzorgende rondom de bevalling. Deze assistentie bestaat uit voorbereiding en ondersteuning vóór de geboorte van het kind (ontsluitingsperiode), assistentie en ondersteuning tijdens de geboorte van het kind (uitdrijvingsperiode) en zorg en controle na de geboorte van het kind (postnatale periode). Uit het prospectieve onderzoek bleek dat in 95 % van de gezinnen een kraamverzorgende aanwezig was tijdens minstens één van deze periodes. In 1991 werd gerapporteerd dat in 39% van de gevallen de baby al geboren was voordat de kraamverzorgende aanwezig was (Kerssens 1991). In een onderzoek uit 2001 werd door 80% van de deelnemende verloskundigenpraktijken aangegeven dat het regelmatig

voorkomt dat partusassistentie niet beschikbaar is (Wiegers 2001). Uit ons prospectieve onderzoek bleek dat de kraamverzorgende in ongeveer eenderde van die bevallingen pas na de geboorte van het kind arriveerde, bijna net zo vaak als tien jaar geleden. Er wordt dus niet voldaan aan het thema partusassistentie geformuleerd in de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg, “De cliënt ontvangt tijdige partusassistentie” (LVT 1999). Het consensuspanel in het eerste deelonderzoek van deze studie stelde zelfs dat de kraamverzorgende voor aanvang van de uitdrijving en in ieder geval een half uur voor de verwachte geboorte van het kind aanwezig moet zijn.

Het late moment van aankomst werd in het huidige onderzoek in grote mate bepaald door het moment waarop de kraamverzorgende werd gebeld. Hoe eerder er werd gebeld hoe groter de kans dat de kraamverzorgende op tijd aanwezig was bij de bevalling. Een van de oorzaken van het ‘te laat’ bellen werd door de Inspectie van Gezondheid samengevat als knelpunt in het rapport ‘Kraamzorg. Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid’; “Verloskundigen bellen (vaak te) laat voor assistentie bij de bevalling. Indien ze vroeg(er) bellen gaat dit ten koste van de verzorgingsduur in de dagen daarna” (IGZ 2001). De kraamverzorgende arriveerde vaker pas na de geboorte bij vrouwen die één of meer kinderen hebben. Hiermee speelt de snelheid van de bevalling waarschijnlijk een grote rol.

Weinig kraamverzorgenden worden bij een bevalling geroepen tijdens de ontsluitingsfase. Hierdoor wordt de ondersteuning van de barendende vrouw, dat volgens de kraamverzorgenden veel voldoening oplevert, relatief weinig gegeven. In het verleden was assistentie rondom de bevalling een essentieel onderdeel van de kraamverzorging. Kraamverzorgenden waren bekwaam en ervaren in het ondersteunen van de barendende vrouw zowel tijdens de ontsluitingsperiode al tijdens de uitdrijvingsfase. Het herstel van assistentie en ondersteuning door een kraamverzorgende tijdens de ontsluitingsfase van de geboorte kan de arbeidssatisfactie van kraamverzorgenden verbeteren en kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening rondom de geboorte.

4.3 Inhoud van de kraamverzorging

4.3.1 *Frequentie van activiteiten*

Voor de inventarisatie van het soort kraamzorgactiviteiten per dag is gebruik gemaakt van de prospectieve gegevens verzameld van dag 1 tot en met dag 8 na de bevalling. Het aantal kraambedden met kraamverzorging op de negende of tiende dag was te gering om relevante informatie te leveren. Bij de eerste dag zorgverlening moet opgemerkt worden dat gegevens hierover vaak ontbreken vanwege een kort ziekenhuisverblijf na een poliklinische bevalling en dat het aantal uren kraamzorg zeer uiteenloopt was wegens het tijdstip van de bevalling of het thuiskomen uit het ziekenhuis.

Er is een grote overeenstemming gevonden tussen (de frequentie van) een aantal activiteiten verricht per kraamdag en de in het literatuur-consensusonderzoek dagelijks aanbevolen kraamzorghandelingen en -activiteiten. In het algemeen wordt gemiddeld iets minder dan de helft van de dagelijkse kraamzorguren besteed aan niet-zorggerelateerde taken, met name huishoudelijke taken. In gezinnen met een eerste kind wordt meer tijd besteed aan hulp bij borst-of flesvoeding en voorlichtingsactiviteiten, dan in gezinnen waar al kinderen waren (89% van de vrouwen met een eerste kind kreeg dergelijke voorlichting ten opzichte van 77% van de vrouwen die al een kind hadden). Dit is in overeenstemming met de gerapporteerde behoefte aan voorlichting in deze groepen. De consensus-uitspraak in het eerste deelonderzoek van deze studie was echter

dat de benodigde tijdsbesteding aan voorlichtingsactiviteiten nagenoeg gelijk zou moeten zijn voor iedere kraamvrouw.

4.3.2 *Samenwerking tussen zorgverleners*

Over het algemeen wordt de samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundigen door beiden beroepsgroepen als goed beoordeeld hoewel de verloskundigen iets minder positief zijn in hun beoordeling. Beide beroepsgroepen gaven duidelijk aan dat wanneer men elkaar goed kent of vaker met elkaar heeft gewerkt, dit de samenwerking ten goede komt.

In de huidige ketenzorg rondom de kraambedperiode waarbij het aantal (meestal kleine) kraamzorginstellingen in bedrijf gekomen is toegenomen, kraamzorgorganisaties groter worden door fusies, meer kraamverzorgenden parttime gaan werken en meer verloskundigen kiezen voor parttime werken in grotere groepspraktijken zal het steeds minder vaak voorkomen dat de zorgverleners elkaar goed kennen. Het is niet ondenkbaar dat dit een ongunstige uitwerking zou kunnen hebben op de samenwerking tussen de hulpverleners tijdens de kraambedperiode. Opvallend is dat bij zowel een goede als een matige beoordeling over de samenwerking dezelfde aspecten aan de orde kwamen als redenen die hebben bijgedragen aan de beoordeling van de samenwerking. De beïnvloedende factoren hierbij zijn de wijze van overdracht tussen de zorgverleners en het naleven van afspraken tussen de zorgverleners. Invoering van de aanbeveling van het consensuspanel uit het eerste deelonderzoek, namelijk meer systematisch overleg en/of overdracht tussen kraamverzorgende en verloskundige, kan waarschijnlijk leiden tot een betere samenwerking tussen de beroepsgroepen in de toekomst.

4.3.3 *Wisseling kraamverzorgenden*

In het literatuur-en consensusonderzoek werd geconstateerd dat continuïteit van zorgverleners (of in ieder geval verzorging door zo min mogelijk verschillende hulpverleners) leidt tot grotere tevredenheid bij de ontvanger van de zorg. In overeenstemming hiermee wordt geschreven in de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg in de thema continuïteit van persoon; "De cliënt ontvangt kraamzorg die zoveel mogelijk door dezelfde kraamverzorgende wordt verleend" (LVT 2000). In 1991 hadden bijna driekwart van de kraamvrouwen te maken met één en dezelfde kraamverzorgende (Kerssens 1991). Opvallend in het huidige onderzoek is dat in ruim de helft van de kraambedden minstens één wisseling van de kraamverzorgende plaats vond, terwijl maar iets meer dan een kwart van deze kraamvrouwen deze wisseling als onplezierig ervaart. De meeste kraamvrouwen die een wisseling in de kraamverzorgende meemaakten stonden neutraal hier tegenover en iets minder dan twintig percent van de vrouwen gaf zelfs aan dat zij deze wisseling als plezierig hebben ervaren. Hieruit kan mogelijk geconcludeerd worden dat wisseling van kraamverzorgende niet per se vermeden hoeft te worden. Het kan echter zijn dat kraamvrouwen zich bewust zijn van het huidige tekort in de kraamzorgsector en daarom meer tevreden zijn omdat zij überhaupt kraamzorg hebben ontvangen.

4.3.4 *Acties bij gesignaleerde problemen*

Bij de helft van de kraambedden waarin een probleem werd gesignaleerd zocht de kraamverzorgende zelf een oplossing. Een groot percentage valt in de categorie "huis-tuin-en-keuken middeltjes" waarvoor in het literatuur-en consensusonderzoek geen onderbouwing is gevonden. Daarnaast komt dit niet overeen met een consensuspaneluitspraak uit het eerste deelonderzoek waarin wordt gesteld dat, voorafgaande aan het gebruik van niet-bewezen effectieve maatregelen, overleg behoort plaats te vinden met

de verloskundige hulpverlener. Deze draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid. In ruim eenderde van de gesignaleerde problemen werd de verloskundige gewaarschuwd.

4.4 Effect van de kraamverzorging

4.4.1 Vroegsignalering

Uit het onderzoek is gebleken dat de kraamverzorging voldoet aan een van de belangrijkste doelstellingen van de van de zorgverlening, namelijk vroege signalering van problemen bij moeder en pasgeborene gedurende de kraambedperiode. Dagelijks werden er in 12%-15% van de kraambedden problemen opgemerkt, verspreid over alle kraamdagen. In enkele gevallen leidde de signalering tot een opname.

4.4.2 Zelfredzaamheid

Een tweede belangrijke doelstelling van kraamverzorging is dat de vrouw na de kraambedperiode in staat is de taken uit te voeren waarvoor zij gedurende de kraamtijd hulp krijgt. Op het einde van de kraambedperiode gaven vrijwel alle kraamvrouwen aan dat zij geheel of grotendeels in staat waren de lichamelijke verzorging van de baby en zichzelf op zich te nemen. De meeste vrouwen gaven eveneens aan grotendeels of geheel in staat te zijn tot lichte huishoudelijke werkzaamheden, de opvang van andere kinderen en kraamvisite. Ook achten zij zich in staat voldoende rust te nemen. Hieruit blijkt dat de kraamverzorging een grote bijdrage levert aan het functioneren van vrouwen na de kraamtijd.

Opvallend is toch dat 20% van de vrouwen aangaven niet zeker te zijn dat zij alle taken aan konden die hoorden bij hun (nieuwe) rol als moeder. In slechts 4% van alle kraambedden gaven de zorgverleners, kraamverzorgenden en verloskundigen, aan dat zij niet zeker waren van het functioneren van de kraamvrouw in haar (nieuwe) moederrol. Het is mogelijk dat hoewel vrouwen aangeven dat ze na vertrek van de kraamverzorgende de lichamelijke verzorging voor zichzelf en hun kinderen volledig op zich kunnen nemen, emotionele en psychologische factoren waaronder onzekerheid en angst voor de verantwoordelijkheid, toch een rol spelen. In hoeverre deze factoren besproken worden met de zorgverleners is niet bekend uit ons onderzoek. De rol van de kraamverzorgende in het verminderen van deze onzekerheid zou wellicht kunnen worden uitgebreid.

Vrouwen boven de 30 jaar, hoger opgeleide vrouwen, vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen en vrouwen die een eerste kind kregen bleken minder zelfredzaam te zijn aan het einde van de kraambedperiode. Kraamvrouwen die minder dan 6 uur kraamzorg per dag kregen en vrouwen die minder kraamzorg kregen dan afgesproken was door een tekort bij de kraamzorgorganisatie scoorden een lagere gemiddelde zelfredzaamheidsscore dan de overige vrouwen. Het is mogelijk dat minder zorg leidt tot minder zelfredzaamheid, maar ook het verschil tussen verwachting en werkelijkheid zou een rol hierbij kunnen spelen. Het is mogelijk dat vrouwen denken dat zij minder goed in staat zijn om voor zichzelf en hun kind of gezin te zorgen omdat zij immers te weinig kraamzorg hebben gehad.

4.4.3 Ongerustheid 6 weken post partum

Zes weken na de bevalling gaf ruim 40% van de vrouwen aan dat zij zich zorg maakten over de gezondheid van de baby. Vrouwen die minder dan gemiddeld 6 uur kraamzorg per dag en vrouwen die minder kraamzorg kregen dan was afgesproken door een tekort bij de kraamzorgorganisatie waren relatief meer ongerust over de gezondheid van

hun kind dan de overige vrouwen (47% resp. 36%). Hier zien we dus een vergelijkbaar effect van minder kraamzorg (dan afgesproken) als bij zelfredzaamheid.

4.4.4 *Kennis*

Bij de meeste vrouwen was de mate van kennis over de verzorging van de baby en henzelf en over de voeding goed. Wel hadden jongere en lager opgeleide vrouwen relatief minder kennis. De gemiddelde kennisscore was 6,6 bij een hoogste potentiële score van 8. Laag opgeleide vrouwen hadden een kennisscore van 6,2, tegenover de hoogst opgeleiden met 6,9. Geen relatie kon aangetoond worden tussen kennis en het type en de duur van de kraamverzorging. Van enkele zeer relevante onderwerpen was het algemene kennisniveau laag tot relatief laag. Zo dacht 40% van alle kraamvrouwen dat een baby de eerste week niet op de rug mag liggen en dacht 52% dat flesvoeding op vaste tijden moet worden gegeven. Bij sommige van deze onderwerpen waren ook al verschillen geconstateerd tussen bestaande protocollen, richtlijnen en werkinstructies zoals onderzocht in het literatuur- en consensusonderzoek. De prospectieve gegevens van 6 weken na de bevalling toonden aan dat de huidige richtlijnen om wiegendood te voorkomen, de zogenaamde richtlijnen voor 'veilig slapen' door met name jonge moeders, laag-opgeleide moeders en moeders die niet in Nederland zijn geboren, vaak niet worden uitgevoerd. Wiegendood is een belangrijke doodsoorzaak in het eerste levensjaar. Voorlichting over 'veilig slapen' werd vaak in de eerste dagen na de geboorte gegeven. Juiste voorlichting en structurele herhaling ervan, met name aan de risicogroepen, lijkt aangewezen.

4.5 **Satisfactie met kraamzorg**

Vrouwen zijn over het algemeen tevreden met de kraamverzorging. 97% van de kraamvrouwen zou de kraamverzorgende aanbevelen aan anderen. Een overgrote meerderheid van de kraamvrouwen beoordeelden de uitvoering van de verschillende zorgonderdelen van de kraamverzorging als goed of voldoende. De zorgonderdelen die betrekking op de emotionele en sociale ondersteuning van de kraamvrouw en haar gezin werden iets minder gunstig beoordeeld dan de overige onderdelen. In gezinnen waarbij problemen zijn gesignaleerd werd door de kraamvrouwen gemeld dat zij in de meeste gevallen voldoende hulp van de kraamverzorgenden hebben gekregen.

In de beoordeling van het belang van de verschillende doelstellingen van kraamzorg waren verschillen te zien tussen kraamvrouwen, kraamverzorgenden en verloskundigen. Kraamvrouwen vonden de doelstellingen die te maken hebben met verzorging en signalering van problemen bij de pasgeborene belangrijker dan die met betrekking tot hun eigen lichamelijke en emotionele welzijn terwijl bij de twee groepen hulpverleners beide doelstellingen even hoog scoorden. Bij alle drie de groepen scoorden de doelstellingen met betrekking tot niet-zorggerelateerde activiteiten het laagste.

5 Conclusies en aanbevelingen

In het algemeen kan uit het totale onderzoek worden geconstateerd dat de kraamzorg in Nederland op een hoog peil staat. Er is behoefte aan deze unieke vorm van postnatale zorgverlening en de kraamverzorging voldoet aan een aantal van de globale doelstellingen zoals geformuleerd in de basisdocumenten van de beroepsgroepen (LVT 1999, van Alderwegen 1999). Toch is ook duidelijk dat er op een aantal punten verbeteringen moeten worden aangebracht.

In het hiernavolgende worden een aantal conclusies geformuleerd alsmede een aantal aanbevelingen en suggesties gedaan ter verbetering van het huidige systeem van kraamverzorging.

- De behoefte aan kraamzorg is groot zoals blijkt uit het feit dat de bijna alle vrouwen (95%) gebruik gemaakt heeft van een vorm van kraamverzorging door een thuiszorgorganisatie of kraamzorgbureau.
- In het algemeen is er geen sprake van ernstig verminderde beschikbaarheid van kraamzorg. Gemiddeld ontvingen vrouwen 46 kraamzorguren; 53 uren bij thuisbevallingen en 42 uren bij ziekenhuisbevallingen. De meerderheid (70%) van de vrouwen is tevreden over het aantal uren en dagen dat ze ontvangen.
- Toch is de situatie zorgwekkend. Nog steeds krijgt immers bijna de helft van alle vrouwen niet het aantal afgesproken uren. Daarnaast krijgen laag opgeleiden, allochtonen en kraamvrouwen in de grote steden veel minder uren kraamzorg.

De oorzaken van deze discrepantie moeten in kaart worden gebracht en er moet gezocht worden naar mogelijkheden deze op te heffen. Men kan hierbij denken aan meer gerichte voorlichting over kraamzorg aan bepaalde groepen, vergroting van het aanbod specifiek aan bepaalde groepen en het creëren van voorwaarden om het voor de kraamverzorgenden aantrekkelijker te maken om in de grote steden te werken. Omdat dit extra aandacht en energie en een gedifferentieerde aanpak van de kraamzorginstellingen vergt, is het essentieel dat aanwezige tekorten in het aanbod van de zorg verminderen. Het zal het de komende jaren belangrijk zijn zorg te dragen voor voldoende instroom en voldoende capaciteit van kraamverzorgenden.

- Partusassistentie door de kraamverzorgende vindt vaak pas plaats na de geboorte van het kind, terwijl kraamverzorgenden aangeven veel voldoening te ervaren bij het ondersteunen van de barende vrouw en er onder deskundigen consensus bestaat dat de aanwezigheid van een kraamverzorgde voor aanvang van de uitdrijving een zeer grote bijdrage levert aan het vergroten van de veiligheid van de zorgverlening rondom de thuisbevalling.

Verder onderzoek is nodig om te achterhalen of personeelsgebrek, te laat opgeroepen worden of mogelijk andere factoren een rol spelen. Actief beleid moet worden ontwikkeld om de rol van de kraamverzorgende tijdens de baring te vergroten.

- Er is grote overeenstemming tussen de activiteiten die kraamverzorgenden dagelijks verrichten en de aanbevolen dagelijkse kraamzorghandelingen en - activiteiten zoals gerapporteerd in het literatuur-en consensusonderzoek.

- De kraamverzorging voldoet aan een van de belangrijkste doelstellingen van de zorgverlening, namelijk de vroege signalering van problemen bij moeder en kind gedurende de kraambedperiode.
- Wanneer problemen in het kraambed zijn gesignaleerd passen kraamverzorgenden vaak eigen oplossingen toe zonder voorafgaand overleg met de verloskundige hulpverlener.

Protocolen over samenwerking met andere hulpverleners ontbreken momenteel veelal. Een multidisciplinaire landelijke richtlijn dient te worden ontwikkeld waarin aandacht besteed wordt aan verdeling van de verantwoordelijkheid van de zorgverlening, de wijze van informeren bij afwijkende bevindingen en het schriftelijk vastleggen van afspraken. Deze richtlijn zou vervolgens kunnen fungeren als leidraad voor het maken van regionale of lokale afspraken in de kraamverzorging.

- Kraamverzorgenden gebruiken een scala van verschillende oplossingen en middeltjes wanneer problemen zijn gesignaleerd tijdens het kraambed. De effectiviteit van de meeste middeltjes is echter nooit aangetoond, hoewel een schadelijke werking ook nooit is bewezen.

Het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen waarin uiteen wordt gezet welke problemen onder welke voorwaarden en met welke middelen behandeld moeten worden, zou helderheid en eenduidigheid kunnen brengen in de kraamverzorging. Deze richtlijnen zouden eveneens kunnen fungeren als leidraad voor het maken van regionale of lokale afspraken in de kraamverzorging.

- Aan het einde van de kraamperiode geven bijna alle kraamvrouwen aan geheel of grotendeels in staat te zijn hun eigen verzorging en die van de baby op zich te kunnen nemen. Een belangrijke doelstelling van kraamzorg, namelijk het bevorderen van zelfredzaamheid, wordt dus bereikt. Vrouwen die minder dan 6 uur per dag kraamzorg kregen en/of minder kraamzorg kregen dan was afgesproken bleken minder zelfredzaam te zijn aan het einde van het kraambed en zich vaker ongerust te maken over de gezondheid van hun baby in de eerste 6 weken na de bevalling.

Het beleid moet dusdanig zijn dat vrouwen niet alleen voldoende uren zorg per dag krijgen, maar ook dat afspraken over het leveren van het aantal afgesproken zorguren kunnen worden nagekomen.

- De meeste vrouwen beschikken over voldoende kennis over de verzorging van de baby en henzelf. Een belangrijke uitzondering hierop is 'veilig slapen'. Veertig procent van de kraamvrouwen was van mening dat de baby de eerste week niet op de rug mag worden gelegd. Het in het eerste deelonderzoek geconstateerde gebrek aan eenduidigheid in de bestaande protocollen en richtlijnen met betrekking tot de landelijke vigerende consensusrichtlijn over 'veilig slapen' draagt waarschijnlijk bij aan dit probleem.

De landelijke consensusrichtlijn dient te worden herzien zodat de laatste inzichten over het voorkomen van wiegendood toegevoegd kunnen worden. Daarna zal een landelijke richtlijn ontwikkeld moeten worden specifiek voor de kraamverzorging en met aandacht voor de wijze van voorlichten aan kraamvrouwen.

- Vrouwen zijn over het algemeen tevreden met de kraamverzorging hoewel ze de zorgonderdelen met betrekking tot de emotionele en sociale ondersteuning iets minder gunstig beoordelen.

Voor deze aspecten van de zorg zal in de opleiding en in de instructies voor kraamverzorgenden meer aandacht moeten komen.

6 Referenties

Alderwegen MGJ van, Verrijp VF. Productenboek Thuiszorg 1999. Landelijke vereniging voor Thuiszorg. 1999. Bunnik, LVT.

Brugman E, Reijneveld SA, Hollander-Gijsman ME Den, Burgmeijer RJF, Radder JJ. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg; PGO-Peiling 1997/1998. Leiden: TNO-PG, 1999; publicatie nr. 1999/35, ISBN 90-6743-608-9.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Enquête beroepsbevolking 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistisch Jaarboek 2001.

Hagen EE van, Wouwe JP van, Buuren S van, Burgmeijer RJF, Hirasing RA en Jonge GA de. Peiling Veilig Slapen 1999, Leiden, TNO-PG, 2000; publicatie nr. 2000/047 ISBN 90-6743-693-3.

Herschderfer KC, Offerhaus P, Rijnders MEB, Smit Y, Sneeuw KC, Buitendijk SE. Eindrapportage Literatuur- en Consensusonderzoek, Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Leiden TNO-PG, 2001; publicatie nr.2001.029.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kraamzorg. Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid Den Haag, 2001.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, landelijk Centrum Kraamzorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, STING beroepsvereniging voor de verzorging and Zorgverzekeraars Nederland: Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. 1999. Bunnik, LVT.

Lanting CI, Herschderfer KC, Wouwe JP van, Reijneveld SA. Peiling melkvoeding van zuigelingen zuigelingen 2000/2001 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers, Tussentijdse rapportage, Leiden TNO-PG, 2001; publicatie nr. 2001.252.

Kerssens, J: Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. 1991. Utrecht, Nivel.

Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, Pal-de Bruin KM van der, Buitendijk SE. De thuisbevalling in Nederland. Tweede tussenrapportage 1996-1999. Leiden: TNO-PG, 2001, publicatienr. 2001/049.

Prismant. Praktijkanalyse 2000 1^e Lijns Verloskunde: 2001; Utrecht.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31: 247-263.

Welling BJM, Wiegers TA. Kwaliteit en Toegankelijkheid van de Kraamzorg. Utrecht, Nivel, maart 2001.