

# Onderzoek naar inhoud en effectiviteit van het huidige kraamzorgpakket

De Nederlandse kraamzorg is een zorgenkindje geworden. De kwaliteit en beschikbaarheid van dit onderdeel van de gezondheidszorg staan onder druk door bezuinigingen, personeelstekort en marktwerking. Om goede kraamzorg te kunnen garanderen zal het huidige beleid bijstelling behoeven. Maar wat is goede kraamzorg eigenlijk?

Kathy Herschderfer\*, Marlies Rijnders\*, Simone Buitendijk\*\*, Kommer Sneeuw\*\*\*

**P**artusassistentie van de kraamverzorgende - waardoor de thuisbevalling mogelijk is - en voldoende kraamzorg van goede kwaliteit, zijn onlosmakelijk verbonden met het Nederlandse systeem van verloskundige zorg. Dankzij de voorlichtende, preventieve en verzorgende onderdelen van de kraamzorg is een kraambed thuis, in de eigen omgeving mogelijk en kan het nieuwe gezin een goede start maken. Tijdens het kraambed wordt zo de basis gelegd voor de lichamelijke en emotionele gezondheid en het welzijn van moeder en kind.

## Geschiedenis

Tot de vorige eeuwwisseling was kraamzorg een zaak van grootmoeders, buurvrouwen dan wel van bakkers. Een baker was meestal een oudere vrouw, die door het baren en

verzorgen van haar eigen kinderen en door de verzorging van andere kraamvrouwen en zuigelingen als een ervaren hulp werd beschouwd. Ervaring alleen gaf echter niet de garantie dat de werkwijze van de bakkers de gezondheid van moeder en kind bevorderde. In een artikel dat in 1904 verscheen in het *Groene-en Witte Kruisblad* schreef huisarts dr. H.G. Hamaker dat een kraamvrouw hem had medegedeeld dat de baker die bij haar aan het kraambed was, haar negen dagen vuil had laten liggen en ook de uitwendige geslachtsorganen niet gereinigd had. Volgens de baker zou "wat er vanzelf aankomt, ook vanzelf weer afvallen."<sup>1</sup> Rond 1900 groeide het besef dat voor verantwoorde zorg tijdens bevalling en kraambed bepaalde kennis en deskundigheid noodzakelijk waren. Daarom organiseerde het Witte Kruis toen de eerste moeder-baker-cursus.

Tot ongeveer 1920 genoten behoorlijk geschoolde bakkers de voorkeur bij het verzorgen van de gezonde kraamvrouw en zuigeling; bij een zieke kraamvrouw was een goede kraamverpleegster gewenst.<sup>2</sup> In 1926 werden in een rapport van de Staatscommissie inzake Kraamhulp twee soorten kraamhulpen beschreven: de baker en de kraamverzorgster.<sup>2</sup>

Het Herzieningsrapport uit 1943 legde de basis voor de organisatie van kraamzorg zoals wij die nu kennen. Hierin werd nog slechts één soort hulpverlener genoemd, namelijk de kraamverzorgster. Interne kraamzorg verdiende de voorkeur boven andere voorzieningen, volgens het rapport. Verder werden bureau's en centra voor kraamzorg erkend en werd een systeem beschreven voor toezicht op kraamverzorgsters.<sup>2</sup>

Onderwijs aan toekomstige kraamverzorgsters in het opleidingsinternaat startte omstreeks 1950. De leerlingen namen kennis van de pathologie en volgden medische leervakken en lessen in huishoudkunde en beroepsvorming.<sup>1</sup> Deze vorm van opleiding heeft bestaan tot halverwege de jaren '80

\* verloskundige-onderzoeker,  
\*\* arts-epidemioloog,  
\*\*\*epidemioloog.  
Correspondentieadres:  
TNO Preventie en  
Gezondheid,  
Postbus 2215,  
2301 CE Leiden

toen het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidsonderwijs voor Verzorgenden (MDGO-VZ) zijn intrede deed.

In 1982 werd door de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een voorstel gedaan om de gemiddelde duur van de kraamzorg terug te brengen van negen à tien dagen tot vijf dagen. Het tegenvoorstel van de Nationale Kruisvereniging om de gemiddelde duur van kraamzorg terug te brengen tot een minimum van acht dagen, werd vier jaar later geaccepteerd.<sup>1</sup>

Het gemiddelde aantal dagen kraamverzorging bedroeg 7 in 1990 en 6,7 in 1994. Vanaf 1995 wordt door het Centraal Bureau voor Statistiek het gemiddelde aantal uren kraamverzorging per gezin vermeld (Het CBS registreerde ook in 1990 en 1994, maar vanaf 1995 werden uren in plaats van dagen geregistreerd). In 1995 en in 1996 bedroeg dat gemiddelde 46 uren.<sup>3</sup>

#### **Kraamzorg in de knel**

Het huidige systeem van kraamzorg lijkt echter in de knel te komen. Hierin spelen verschillende elementen een rol, zoals de marktwerking, de hoge werkdruk, het personeelstekort en de bezuinigingen. Als gevolg van de marktwerking, waardoor veel nieuwe kraamzorgaanbieders toetraden tot de markt, ontbrak een duidelijk beeld van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Het afgelopen jaar bereikten de minister van VWS en de leden van de Tweede Kamer, vanuit de betrokken beroepsgroepen en via de cliënten van de kraamzorg, alarmerende signalen over al deze ontwikkelingen. Op last van de minister heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het NIVEL in 1998 de opdracht gegeven een onderzoek in te stellen naar de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg. Na het verschijnen van twee rapporten waarin het NIVEL en de IGZ de resultaten van dit onderzoek publiceerden,<sup>5,6</sup> wilde de Tweede Kamer met verantwoordelijk minister Borst van gedachten wisselen over

de stand van zaken in de kraamzorg en de maatregelen die ze dacht te treffen. Dit resulteerde in een overleg van de minister met de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid op 29 september 1999. Tijdens dit overleg sprak de minister haar ernstige bezorgdheid uit over de kwaliteit van de kraamzorg.

#### **Kwaliteit van de kraamzorg**

In *De Volkskrant* van juli 1990 werd gesignaleerd dat, met name in de Randstad, onvoldoende thuiskraamzorg beschikbaar was. Naar aanleiding van dit artikel heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in 1990 opdracht gegeven om een onderzoek te verrichten naar de beschikbaarheid en de kwaliteit van kraamzorg.<sup>7</sup> Hieruit bleek dat de beschikbaarheid van volledige dagkraamzorg, toen de meest populaire vorm van kraamzorg, onvoldoende was. Opzienbarend was dat in 43% van de onderzochte gevallen de kraamverzorgende niet tijdig bij de bevalling aanwezig was. Bovendien vond meer dan 40% van de vrouwen het aantal dagen kraamverzorging onvoldoende. Het gemiddeld aantal dagen zorg, dat kraamvrouwen wenselijk achtten, bedroeg acht, terwijl destijds het gemiddelde aantal dagen van verzorging zeven was. De kraamvrouwen waren over het algemeen zeer positief over de kwaliteit van de zorg en hadden veel waardering voor de deskundigheid van de kraamverzorgende. In 1999 werd door het NIVEL een quickscan uitgevoerd onder eerstelijnsverloskundigen. Hieruit bleek dat zelfstandig gevestigde verloskundigen diverse knelpunten ervoeren bij de uitvoering van hun werkzaamheden, zoals onvoldoende uren kraamzorg, onvoldoende partusassistentie en onvoldoende gekwalificeerde kraamverzorgenden.<sup>4</sup>

In 1997, na het verschijnen van het door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg opgestelde concept 'Zwartboek Kraamzorg', ontstond een discussie over enerzijds de beschikbaarheid en kwaliteit van de

**Tijdens het kraambed wordt zo de basis gelegd voor de lichamelijke en emotionele gezondheid en het welzijn van moeder en kind**



## Het bestaande onderzoek en de beschikbare documentatie over de kwaliteit van kraamzorg betreffen voornamelijk de kwaliteit van de zorg op organisatieniveau

kraamzorg en anderzijds over de aard en inhoud van de contracten tussen kraamzorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. In het rapport 'Kwaliteit en beschikbaarheid kraamzorg' dat de IGZ in 1999 uitgebracht met de resultaten van het NIVEL-onderzoek,<sup>5</sup> werd vastgesteld dat in 1997 de beschikbaarheid van kraamzorg niet voldoende was. Bij alle aanbieders van kraamzorg kon bijna een kwart van de gevraagde zorg niet geleverd worden.

De in het onderzoek gevonden verschillen in gemiddelde verzorgingsduur die kraamvrouwen ontvingen, bleken bepaald te worden door het beleid van het ziekenfonds of door de polisvoorwaarden van de particuliere zorgverzekeraar en niet door het beleid van de verschillende instanties die kraamzorg aanbieden. Tussen de diverse soorten kraamzorgaanbieders werd wel een verschil gevonden in de beschikbaarheid van protocollen en standaarden voor de zorgverlening.<sup>5</sup>

In het kader van de 'Meerjarenafspraken Verpleging en Verzorging' en in overleg met het Ministerie van VWS, hebben alle, bij de kraamzorg betrokken partijen het begrip 'verantwoorde zorg voor de kraamzorg' nader gedefinieerd in het document 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg'.<sup>8</sup> Aanleiding was de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen waardoor de erkenningsvoorwaarden voor instellingen die kraamzorg verstrekken, ingetrokken werden. Hierdoor kwam de verantwoordelijkheid voor de vaststelling van kwaliteitseisen te liggen bij de zorgaanbieders.

Het bestaande onderzoek en de beschikbare documentatie over de kwaliteit van kraamzorg betreffen voornamelijk de kwaliteit van de zorg op organisatieniveau. Over de kwaliteit en wenselijkheid van de inhoud van deze unieke zorgverlening bestaat geen eenduidig mening en is weinig bekend.

In het bovengenoemd rapport 'Kwaliteit en beschikbaarheid kraamzorg' heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid nadruk-

kelijk niet gekozen voor onderzoek op het niveau van de geleverde zorg. Daarvoor bestonden drie redenen:

- het veld had op dat moment nog geen eisen vastgesteld voor de kwaliteit van de feitelijk geleverde kraamzorg;
- kraamzorg betreft over het algemeen de zorg voor gezonde kraamvrouwen en pasgeborenen;
- in deze vorm van zorg is het gezondheidsrisico gering.<sup>5</sup>

Onderzoek naar de effectiviteit van de verrichtingen in de huidige kraamzorg en naar de te behalen gezondheidswinst voor moeder en kind is nodig. Hierbij is het van belang de verrichtingen zowel te toetsen aan richtlijnen en consensusafspraken van de diverse beroepsgroepen over de gewenste inhoud van het kraamzorgpakket als aan de bestaande 'evidence' in de vakliteratuur.

### Het kraamzorgonderzoek

Vanwege de zorgwekkende situatie in de kraamzorg en vanuit de behoefte aan inhoudelijke onderbouwing van de zorg, kwam in het voorjaar 1999 een initiatiefgroep bijeen om een onderzoek te entameren naar de inhoud en effectiviteit van kraamzorg in het huidige systeem. De initiatiefgroep bestond uit prof. dr. P.E. Treffers, gynaecoloog; mevrouw R. van Vliet, Inspecteur Thuiszorg VWS; mevrouw J.A.M. Oskam, senior beleidsmedewerker Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT); T. de Jong, bestuurslid Landelijk Centrum Kraamzorg (LCK); mevrouw A. Splinter, medewerker Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN); dr. H.P. Verbrugge, voormalig Inspecteur Moederschapszorg; mevrouw M. Amelink, verloskundige-onderzoeker; mevrouw S.E. Buitendijk, arts-epidemioloog; mevrouw K. Herschderfer, verloskundige-onderzoeker (de laatste drie personen zijn werkzaam bij TNO Preventie en Gezondheid).

Na het overleg tussen de Minister van VWS en de Vaste Kamercommissie Volksgezond-

heid op 29 september 1999, heeft men TNO Preventie en Gezondheid gevraagd om, samen met de genoemde initiatiefgroep en in nauwe samenspraak met het Ministerie van VWS, een onderzoeksvoorstel uit te werken voor een studie naar de inhoud van een verantwoord kraamzorgpakket. Doel is om op basis van de uitkomsten het huidige beleid bij te stellen. Het onderzoek zal daarom antwoord moeten geven op de volgende vragen:

- Uit welke, werkelijk geleverde, verrichtingen bestaat het huidige kraamzorgpakket?
- Wat verstaan de verschillende zorgaanbieders en zorgverleners onder goede kraamzorg? Wat is door zorgaanbieders vastgelegd in schriftelijke richtlijnen en wat is de consensus in het veld van experts?
- Welke verrichtingen in de kraamzorg zijn - op basis van wetenschappelijk bewijs in de bestaande vakliteratuur - van essentieel belang en welke zijn op grond van de beschikbare wetenschappelijke literatuur niet nuttig of zelfs schadelijk?
- Welke verrichtingen lijken op basis van de bestaande richtlijnen en de 'expert opinion' van belang?
- In hoeverre leiden essentiële verrichtingen zoals voorlichting over borstvoeding en veilig slapen, tot de gewenste veranderingen in kennis, houding en gedrag bij de kraamvrouw?
- Welke factoren beïnvloeden de inhoud en effectiviteit van de geleverde zorg?

In het begin van dit jaar heeft het Ministerie van VWS het onderzoeksvoorstel gehonoreerd en TNO Preventie en Gezondheid de opdracht gegeven het kraamzorgonderzoek uit te voeren.

### **Onderzoeksprotocol**

Het onderzoek naar de inhoud en effectiviteit van de huidige kraamzorg in Nederland zal bestaan uit een consensus- en literatuuronderzoek en een inventarisatie- en evaluatieonderzoek.

### **Consensus- en literatuuronderzoek**

**Doel** Het definiëren van inhoudelijk goede

kraamzorg op basis van gecombineerde schriftelijke richtlijnen, kennis en ervaring in de beroepsgroep (consensus) en de beschikbare 'evidence' in de vakliteratuur.

**Methode** Alle bestaande Nederlandse richtlijnen en protocollen zullen worden verzameld en samengevat. Aangegeven zal worden over welke verrichtingen overeenstemming bestaat, waar discrepanties lijken te bestaan wat betreft de gewenste uitvoering en voor welke verrichtingen in de kraamzorg richtlijnen ontbreken. Daarnaast zal aan een aantal experts op het gebied van kraamzorg worden gevraagd wat in hun optiek kwalitatief goede kraamzorg inhoudt. Hieruit zal een consensusuitspraak worden verkregen, met name voor die verrichtingen waarvoor geen 'evidence', richtlijnen of protocollen bestaan. Om na te gaan voor welke relevante onderdelen van de zorg wel en voor welke geen bewijs voorhanden is, zal een internationale literatuurstudie worden verricht.

### **Inventarisatie- en evaluatieonderzoek**

**Doel** Het in kaart brengen van de verrichtingen en onderdelen van de zorg die feitelijk worden geleverd in het huidige kraamzorgpakket. Bepalen hoe verrichtingen en onderdelen van de zorg zich verhouden tot wat volgens de gecombineerde standaarden en consensus minimaal zou moeten worden geleverd en bepalen hoe die zich verhouden tot wat volgens de beschikbare 'evidence' zou moeten worden geleverd.

**Methode** Prospectief onderzoek bij een groep van vierhonderd gezinnen die kraamzorg ontvangen. Door middel van een steekproef wordt een onderzoeksgroep samengesteld die, wat betreft (socio-)demografische karakteristieken en het gebruik van diverse soorten kraamzorg, representatief is voor de landelijke populatie. Hierbij worden zowel zorggebruikers (kraamvrouwen en hun partners) als zorgverleners (kraamverzorgenden, verloskundigen en huisartsen) betrokken. Per 'zorggeval' wordt met behulp van vragenlijsten specifieke

**Hieruit zal een consensusuitspraak worden verkregen, met name voor die verrichtingen waarvoor geen 'evidence', richtlijnen of protocollen bestaan**



informatie verzameld over de dagelijkse handelingen van de zorgverleners. Bovendien worden vragen gesteld over kennis, houding en gedrag ten aanzien van zorgonderdelen die meetbaar zijn zoals borstvoeding, slaaphouding van de baby, aspecten van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en de zorgbehoefte na het kraambed. Ook wordt zowel bij de cliënten als bij de betrokken zorgverleners de satisfactie over de geleverde zorg gemeten.

Vanuit het veld komen er signalen dat voor allochtonen de kraamzorg minder toegankelijk is. Om vast te stellen welke invloed de verrichtingen van kraamverzorgenden hebben op kennis, houding en gedrag van allochtone vrouwen, zal in honderd allochtone gezinnen hiernaar onderzoek gedaan worden.

Naast het prospectieve onderzoek zal een retrospectief onderzoek plaatsvinden onder vijfhonderd vrouwen die drie maanden daarvoor bevallen zijn. Met een enquêteformulier dat via het consultatiebureau wordt verstrekt, worden vragen gesteld over het verloop van de kraamtijd, de geleverde kraamzorg, de kennis, de attitude en het gedrag van de kraamvrouw, en de satisfactie van de moeder.

De extra waarde van deze tweede meting is dat de groep ex-kraamvrouwen een grotere diversiteit in soorten kraamvrouwen kent. Immers met deze opzet worden ook vrouwen bereikt die het kraambed in het ziekenhuis doorbrachten, geen kraamzorg wensten of de zorg wel wilden maar niet kregen.

## Inventarisatie

Het multidisciplinaire onderzoeksteam bestaat uit drie verloskundigen, twee epidemiologen, een psycholoog, een statisticus, een projectcoördinator en een projectassistent. Het kraamzorgonderzoek zal in totaal twee jaar duren. Na afloop zal bekend zijn:

- Hoe de momenteel in Nederland werkelijk geleverde kraamzorg zich, wat betreft de inhoudelijke kwaliteit van de verrich-

tingen, verhoudt tot het minimum wat volgens 'evidence' in de wetenschappelijke literatuur zou moeten worden geleverd.

- Welke onderdelen van de geleverde kraamzorg op grond van de literatuur onnodig of zelfs als schadelijk beoordeeld moeten worden.
- Hoe de geleverde kraamzorg zich verhoudt tot hetgeen is vastgelegd in op dit moment geldende richtlijnen en protocollen.
- Hoe de geleverde kraamzorg zich verhoudt tot de consensus-opinie van experts.
- In hoeverre kennis, attitude en gedrag van de kraamvrouw op bepaalde zorggebieden worden beïnvloed door de geleverde verrichtingen en of de groep allochtone vrouwen hierin verschilt van de groep autochtone.
- In hoeverre de werkelijk geleverde kraamzorg wat betreft inhoud dan wel omvang wordt bepaald door variabelen als regio, demografische kenmerken van de vrouwen, type zorgaanbieder en andere factoren.
- Wat de kenmerken zijn van vrouwen die geen of weinig kraamzorg ontvangen en of en zo ja hoe hun kennis, attitude, gedrag en satisfactie verschilt van die van andere kraamvrouwen.

Met de antwoorden op de eerste twee hierboven genoemde vragen kan men in de toekomst mogelijk onderdelen van kraamzorg vastleggen in standaarden voor de praktijk en zo de kwaliteit van de zorg verhogen. Daarnaast worden met de antwoorden op bovenstaande vragen de hiaten in de zorg zichtbaar. In een later stadium zullen die, na onderzoek, opgevuld kunnen worden.

Om de inhoudelijke kwaliteit en de voortgang van het onderzoek te bewaken, zal een begeleidingscommissie worden ingesteld. Deze zal bestaan uit leden van de initiatiefgroep, aangevuld met inhoudsdes-

kundigen en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen en organisaties.

### **Oproep aan verloskundigen**

Eind 2000 zal het prospectief onderzoek onder vierhonderd gezinnen van start gaan. Dit onderzoek zal ongeveer negen maanden duren. Om tot een representatieve samenstelling van de onderzoeksgroep te komen, doet TNO-PG een beroep op alle verloskundigenpraktijken in Nederland om, afhankelijk van de praktijkgrootte, één of twee gezinnen te vragen deel te nemen aan het onderzoek. Met deze opzet wordt beoogd een maximale opkomst te verkrijgen met een minimale belasting voor de deelnemende verloskundigen.

Het in kaart brengen van de feitelijk geleverde zorg tijdens het kraambed, het inventariseren van de gewenste inhoud van postnatale zorg en het wetenschappelijk onderbouwen van de taken en verrichtingen die plaats vinden durante partu en tijdens de kraamperiode, zijn noodzakelijk voor ontwikkeling en voortbestaan van kwalitatief goede kraamzorg.

Voor het Nederlands verloskundige systeem is goede kraamzorg essentieel; mogelijk

levert het een bijdrage aan een vermindering van de werkdruk van verloskundigen. Om dit onderzoek tot een goede einde te brengen hebben wij de verloskundigen nodig. Wij hopen op de medewerking van alle verloskundigen bij dit grote kraamonderzoek. ●

### **Referenties**

- 1 Groote H. Van bakerhulp naar verzorgende. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988.
- 2 Verbrugge HP. Kraamzorg bij huisbevallingen. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1968.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek. Algemene en personeelsgegevens van instellingen voor thuiszorg, 1996. Voorburg: Maandbericht gezondheid (CBS), 98/07.
- 4 Wiegers T, Calsbeek H, Hingstman L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening: een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit en beschikbaarheid kraamzorg. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1999.
- 6 El Fakiri F, Hutten JBF, Kerkstra A. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: Beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 7 Kerssens JJ. Kwaliteit is goed, maar de kwantiteit schiet tekort. MGZ 1991;19 (juli/augustus):5-8.
- 8 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Landelijk Centrum Kraamzorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, STING beroepsvereniging voor de verzorging, Zorgverzekeraars Nederland. Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. Bunnik: LVT, 1999.

217. De waare zwangerheid heeft plaats, wanneer een of meer kinderen in de lyfmoeder befloten zyn; men noemd valsche zwangerheid, wanneer, in plaats van een kind, eenig vreemd lichaam of vreemde stoffe, in de lyfmoeder voortgebracht worden.

218. De waare zwangerheid kan ook in goede en kwaade, in eenvoudige, samengestelde en gemengde, verdeeld worden.

219. Men verstaat door waare en goede zwangerheid, die, waar in het kind in de lyfmoeder befloten is; en door waare en kwaade, wanneer