

TNO-rapport

TNO/CH 2013 R11093

Kennissynthese Kraamzorg**Behavioural and Societal
Sciences**Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leidenwww.tno.nl

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

infodesk@tno.nl

Datum	December 2013
Auteur(s)	D.G. Korfker C.I. Lanting Y. Schönbeck J.P. van Wouwe S.B. Detmar K.M. van der Pal-de Bruin
Aantal pagina's	52(incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1
Projectnummer	051.02864/01.01

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 opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

© 2013 TNO

Samenvatting

In dit rapport wordt de kennis over kraamzorg en de effectiviteit van deze vorm van zorg beschreven en mogelijkheden voor optimalisatie van de zorg voorgesteld. Kennis over de effectiviteit van de kraamzorg is in (inter-)nationale literatuur en in niet-wetenschappelijke literatuur (ook wel 'grijze' literatuur genoemd) gevonden, o.a. via Pubmed en catalogi van Nederlands bibliotheken, vakbladen, de website kennispoortverloskunde en de website van de KNOV. Daarnaast werd in een rondgang langs opleidings-, onderzoeks- en kennisinstituten, de brancheverenigingen en de beroepsverenigingen voor kraamverzorgenden, het Kenniscentrum Kraamzorg en de kraamzorgaanbieders gevraagd naar uitgevoerd onderzoek. Tevens is een ronde-tafelconferentie gehouden met experts en is er een schriftelijke commentaarronde geweest.

Met deze kennissynthese wordt beoogd inzicht te geven in de ontwikkelingen in de kraamzorg en de behoeften om in het veranderende veld van de geboortezorg kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren. Aanbevelingen voor optimalisatie van opbrengsten van de kraamzorg worden gedaan.

Kader

Nederland heeft een verloskundig systeem dat bestaat uit eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Uniek daarin is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige en de professionele kraamzorg. Naar aanleiding van een relatief hoge perinatale sterfte in Nederland is door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, ingesteld door het ministerie van VWS, nagedacht over hoe de zorg rondom zwangerschap en geboorte verbeterd kan worden. Kraamzorg is één van de partners in die keten van de zorg.

Resultaten

Omdat de organisatie van kraamzorg in Nederland uniek is, en ook vanwege de praktische aard van het vak, is kennis over dit vakgebied (inter)nationaal vrijwel niet gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. Bij kraamzorgaanbieders en kennisinstituten zijn wel resultaten gevonden van (praktijk gericht) onderzoek. Deze zijn nog moeilijk toegankelijk voor analyse. Gegevens over de zorg worden op verschillende plaatsen opgeslagen, bijvoorbeeld binnen de gebruikte ICT systemen van de sector, bij de zorgverzekeraars bij Zichtbare Zorg tot 2013 en momenteel bij het kwaliteitsinstituut.

Om inzicht te krijgen in de bijdrage van de kraamzorg binnen de keten van geboortezorg beschrijven we de volgende kwaliteitsaspecten:

- A. Aard en omvang van de zorg.
- B. Kwaliteit van de zorg en de wijze waarop deze gemonitord wordt.
- C. Behaalde resultaten in termen van gezondheidswinst.

A. Aard en omvang

In Nederland bestaat het verloskundig zorgsysteem uit eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Uniek daarin is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige en de professionele kraamzorg. In vergelijking met andere

Europese landen is het aantal thuisbevallingen in Nederland hoog. Vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, al dan niet met een medische indicatie, gaan korte tijd na de bevalling naar huis en krijgen thuis kraamzorg. Kraamzorg wordt recent vaker ook verleend in geboortecentra.

Kort weergegeven is het doel van kraamzorg:

- a. het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind,
- b. het vroegtijdig signaleren van risico's, problemen en complicaties
- c. het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen geven dat ze op de juiste manier kunnen omgaan met hun pasgeborene.

Uitgangspunt van de zorg is dat de ouders na de kraamperiode in staat zijn zelfstandig hun kind te verzorgen en dat de moeder haar gebruikelijke rol (weer) kan vervullen.

In Nederland werken naar schatting 9.000 kraamverzorgenden. Het exacte aantal is onbekend. Naast kraamverzorgenden in dienst van een kraamzorginstelling zijn er zelfstandigen zonder personeel werkzaam als kraamverzorgende. Taken van kraamverzorgenden zijn vastgelegd in een landelijk indicatieprotocol (LIP) voor de kraamzorg, opgesteld door de brancheverenigingen van ondernemers in de kraamzorg (Actiz en BTN), samen met beroepsverenigingen (KNOV, LVG, voormalig STING) en zorgverzekeraars (ZN). Het LIP is bedoeld als een instrument voor toekenning van kraamzorg maar wordt ook gezien als basisdocument voor verantwoorde kraamzorg. In het kort hebben kraamverzorgenden een rol bij de volgende onderdelen van de keten van zwangerschap en geboorte:

- a. Intake. Tijdens de zwangerschap heeft de kraamzorg contact met de aanstaande ouders, thuis of per telefoon. Tijdens het contact worden zorgbehoefte en zorgaanbod, met inachtneming van de polisvoorwaarden van cliënt of contractafspraken tussen kraamcentrum en zorgverzekeraar, met elkaar afgestemd en de zorgbehoefte vastgesteld.
- b. (Vervroegde) partusassistentie / -ondersteuning. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige en ondersteunt en begeleidt de barende tijdens de bevalling.
- c. Verzorging. Dit betreft verzorging en controle van moeder en kind; voorlichting, advies en instructie (o.a. borstvoeding, preventie wiegendood) en integratie van het kind in het gezin; signaleren en rapporteren van potentiële problemen en risicofactoren in het gezin; waarborgen van goede hygiëne; verzorging en/of opvang; relevante huishoudelijke taken (schoonhouden babykamer en kamer waar moeder verblijft, verzorgen van de kraamwas, verzorgen van de lunch).

De kraamverzorgende is verantwoordelijk voor haar eigen handelen en de gevolgen daarvan. De medische eindverantwoordelijkheid voor de kraamzorg in de eerste lijn wordt gedragen door de verloskundige (of soms de verloskundig actieve huisarts). Sinds 2008 valt onder verzorging in het kraambed ook het signaleren van (potentiele) psychosociale problemen. Goede overdracht naar de verloskundige, de huisarts en de jeugdgezondheidszorg is daarbij nodig. In 2009 constateerde de inspectie voor de gezondheidszorg dat met name de communicatie tussen kraamverzorgenden, verloskundigen, huisartsen en de Jeugdgezondheidszorg beter kan. In 2011 is een standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg tot stand gekomen.

In Nederland ontvangt 96% van de autochtone vrouwen na de bevalling gedurende gemiddeld zeven dagen kraamzorg thuis. Onder niet-westerse allochtonen is de deelname aan kraamzorg lager (89%) dan onder autochtone en westerse allochtone vrouwen. Bovendien nemen zij gemiddeld minder uren kraamzorg. Gezinnen van niet-Nederlandse afkomst zijn een kwetsbare groep, zij beschikken over weinig kennis over gezondheidsrisico's. Ook blijkt de voorlichtende rol van de kraamverzorgende bij allochtonen niet goed tot haar recht te komen o.a. door taalproblemen.

Vergoeding van kraamzorg omvat vanuit het basispakket 49 uren kraamzorg per bevalling. De eigen bijdrage (4 euro in 2013) vormt volgens een aantal onderzoeken een belemmering voor achterstandsgroepen. Goede toegankelijkheid (en dus betaalbaarheid) geldt als een basisvoorwaarde voor effectieve kraamzorg. Totale kosten voor kraamzorg in Nederland bedroegen in 2012 288,6 miljoen euro, dit is 17,28 euro per verzekerde per jaar.

B. Kwaliteit

Op vier niveaus wordt bijgedragen aan de kwaliteit van kraamzorg:

- a. *Het gehele systeem van de geboortezorg.* Handhaving van kwaliteit van de zorg op het niveau van de geboortezorg gebeurt door IGZ.
- b. *Kraamzorgaanbieders.* De meeste grote kraamzorgaanbieders beschikken over een HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificaat dat zij voldoen aan kwaliteits- en veiligheidsnormen en over WHO/UNICEF certificaten voor het bevorderen van borstvoeding. Kraamzorgaanbieders bewaken de kwaliteit van de door hen geleverde zorg door het monitoren van meetbare aspecten van de zorg (indicatoren). Omdat uitkomsten van metingen op niveau van zorgaanbieders en dus niet op het niveau van kraamverzorgende worden gerapporteerd zijn de aantallen relatief klein. Hierdoor kan de fluctuatie in de uitkomsten groot zijn.
- c. *De individuele kraamzorg professional.* De variatie in door kraamverzorgenden gevolgde opleidingen is groot. Kraamzorgaanbieders organiseren bij- en nascholingen, cursussen, themabesprekingen, intervisie en zij protocolleren handelingen. Bij de zorgaanbieders is de bijscholing over het algemeen goed geregeld. Kennis bij zorgaanbieders ten aanzien van gezondheidsrisico's bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst is een knelpunt.
- d. *Dagelijkse activiteiten van kraamverzorgenden.* Hierbij gaat het om de werkzaamheid van handelingen door kraamverzorgenden. Er blijkt grote overeenstemming te zijn tussen de door kraamverzorgenden en de op basis van wetenschappelijk bewijs aanbevolen dagelijkse kraamzorghandelingen. Alle kraamzorgaanbieders beschikken bovendien over eigen protocollen en richtlijnen ter ondersteuning van het professioneel handelen van de professionals die bij hen in dienst zijn. Er zijn ook enkele landelijke, multidisciplinaire, evidence-based richtlijnen voor het handelen van de kraamverzorgende (Preventie wiegendood, Borstvoeding en Hyperbilirubinemie), maar door hun omvang en taalgebruik zijn deze multidisciplinaire richtlijnen in deze vorm minder geschikt voor kraamverzorgenden.

C. Behaalde resultaten

Cliënten zijn positief over de kraamzorg met uitzondering van de continuïteit in de zorg en de organisatie ervan; aan het einde van de kraambed periode was in 2002 80% van de vrouwen wel geheel in staat de verzorging van de baby en hen zelf op

zich te nemen. Er is geen wetenschappelijk onderzoek bekend naar de (kosten)effectiviteit van het Nederlandse systeem van kraamzorg als geheel. Wel zijn er aanwijzingen dat kraamzorg thuis effectief is in het signaleren van gezondheidsrisico's bij moeder en kind (bij 12 – 15% van de kraambedden worden door kraamverzorgenden problemen gesignaleerd) evenals in het tot stand brengen van geslaagde borstvoeding. Verder wordt het succes van maatregelen ter preventie van wiegendood over het algemeen niet toegeschreven aan de kraamzorg terwijl in het kraambed door de kraamzorg de basis voor deze preventie wordt gelegd.

Conclusies en Aanbevelingen

De kraamzorg is volop in beweging en het beroep van kraamverzorgende is in ontwikkeling. Veel kennis over de kraamzorg is gebaseerd op onderzoek uit 2002. Om de actuele waarde van kraamzorg te achterhalen wordt actualisering van relevante onderzoeksgegevens aanbevolen.

Belangrijk voor de bewaking van inhoud en kwaliteit van kraamzorg is een systeem waarin het handelen wordt geëvalueerd. Onderdeel is het (door)ontwikkelen van evidence-based of, indien evidence niet kan worden verkregen, consensus-based richtlijnen die worden omgezet in praktische handvatten ten behoeve van uniforme implementatie. Het KCKZ kan de regie voeren in dit proces gesteund door het veld en kennisinstituten waar ervaring is met richtlijnontwikkeling. Tevens hoort hierbij het vaststellen van een set van proces- en uitkomstindicatoren. Ook behoren implementatie en evaluatie onderdeel van het systeem te zijn.

De meest optimale zorg wordt bereikt als op alle kwaliteitsaspecten goed wordt gescoord:

Voor de inhoud van de zorg:

- De rol van kraamverzorgenden in de keten nadrukkelijk als taak te benoemen, naast de zorginhoudelijke en signalerende taken.
- Het bewaken van de kwaliteit van zorg door verbetering van (ervaren) continuïteit in de zorg en (ervaren) organisatie ervan, een toegenomen doelgroep gerichtheid.
- Doorontwikkelen van landelijke protocollen voor de communicatie en gegevensoverdracht tussen kraamverzorgende en verloskundige en gegevensoverdracht naar de huisarts.
- Naast procesindicatoren, uitkomstindicatoren registreren gerelateerd aan de primaire doelen van kraamzorg (continue óf via regelmatig uit te voeren surveys onder cliënten).
- Deze proces- en uitkomstindicatoren en hun meest geschikt registratiewijze vast te stellen samen met de kraamzorgaanbieders

Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg:

- Kennis over kwaliteit van de kraamzorg toegankelijk maken, en aandacht voor de methodologische kwaliteit van de aangeleverde informatie.
- Een traject opstarten om te komen tot landelijke, multidisciplinaire, 'evidence-based' of consensus-based richtlijnen: korte teksten met helder taalgebruik die in de praktijk getest zijn en geschikt voor de opleidingen.
- Onderwerpen voor richtlijnen prioriteren via inventarisatie van bestaande protocollen.

- Opzetten van een systeem voor implementatie van deze richtlijnen om de uniforme uitvoering te waarborgen.
- Gezinnen van niet-Nederlandse afkomst vormen een kwetsbare groep en verdienen extra aandacht.
- Afschaffen van de eigen bijdrage voor kraamzorg overwegen.
- De(verplichte) beroepsregistratie voor kraamverzorgenden, (reeds gestart door het KCKZ) faciliteren.

Voor onderzoek naar opbrengsten en effectiviteit van kraamzorg:

- Resultaten van programma's zoals de preventie van wiegendood ook als resultaat van de kraamzorg duiden.
- Evaluatie van veelbelovende, goed beschreven regionale initiatieven en indien effectief landelijk implementatie hiervan.

Lijst met afkortingen

ActiZ	Brancheorganisatie voor zorgorganisaties in de Verpleging, Verzorging, Thuiszorg, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg
AJN	Artsen jeugdgezondheid Nederland
ALPHA	'Antenatal Psychosocial Health Assessment'
BBL	beroepsbegeleidende leerweg
BFHI	'Baby Friendly Hospital Initiative'
BOL	Beroepsopleidende leerweg
BTN	Brancheorganisatie thuiszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPZ	College Perinatale Zorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CQ-Index	Consumer Quality-Index
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KCKZ	Kenniscentrum Kraamzorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LCK	Landelijk Centrum Kraamzorg
LEV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LIP	Landelijk Indicatieprotocol
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MDGO-VZ	Middelbaar Dienstverlenend- en Gezondheidszorgonderwijs, richting verzorging
MSW	'Maternity Support Worker'
NBvK	Nederlandse Beroepsvereniging van Kraamverzorgenden
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NCPF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NHG	Nederlands Huisarts Genootschap
NICE	'National Institute for Health and Clinical Excellence'
Nivel	Nederlands instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NVK	Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAN	Stichting Perinatale Audit Nederland
PRN	Perinatale Registratie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBS	Shaken Baby Syndroom
SEH	Spoed Eisende Hulp
Sting	(voormalige) Beroepsvereniging voor de Verzorging e
Stichting	Fonds voor arbeidsmarktbeleid en opleidingen in de thuiszorg
FAOT	
SOVVT	Sociaal Overleg verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg
TNO	Instituut voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNS Nipo	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het

	Marktonderzoek
UNICEF	'United Nations International Children's Emergency Fund'
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPG	Voorlichting Perinatale Gezondheid
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VVAH	verloskundig actieve huisartsen
VVT	Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
ZiZo	Zichtbare Zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMW	Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZZP'ers	Zelfstandigen Zonder Personeel

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
	Lijst met afkortingen	7
1	Inleiding	10
1.1	Aanleiding	10
1.2	Doel.....	10
1.3	Vraagstelling	10
1.4	Afbakening	10
1.5	Werkwijze	11
1.6	Leeswijzer	12
2	Inhoud van de zorg	14
2.1	Achtergrond	14
2.2	Doel van kraamzorg.....	15
2.3	Taken van de kraamverzorgende.....	15
2.4	Kraamzorg onderdeel van de keten	18
3	Kwaliteit van de zorg	20
3.1	Achtergrond	20
3.2	Instrumenten en activiteiten per niveau van zorg	20
4	Opbrengsten en kosten van de zorg	34
4.1	Opbrengsten	34
4.2	Kosten voor kraamzorg	39
5	Beschouwing	40
6	Conclusies en Aanbevelingen.....	44
7	Referenties	46
	Bijlage(n)	
	A Nederland, inspiratie voor het buitenland	

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Nederland heeft een verloskundig systeem dat bestaat uit eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Uniek daarin is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige en de professionele kraamzorg. In Nederland ontvangt 96% van de autochtone vrouwen en 89% van de niet-westerse allochtone vrouwen na de bevalling gedurende gemiddeld zeven dagen kraamzorg thuis (Houben, 2013; NZa, 2012).

Naar aanleiding van Europese vergelijking waaruit voor Nederland een relatief hoge perinatale sterfte bleek (EURO-Peristat, 2008 en 2013) is in Nederland nagedacht of en hoe de zorg rondom zwangerschap en geboorte kan worden verbeterd om zo perinatale sterfte en morbiditeit te voorkomen (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Dit heeft ook betrekking op de zorg geleverd door de kraamzorg als een van de partners in de keten van de geboortezorg.

1.2 Doel

Het bundelen van kennis over de effectiviteit en doelmatigheid van de kraamzorg en het in beeld brengen van kennisbehoeften vanuit de kraamzorg. Op deze manier wordt beoogd inzicht te geven in de ontwikkelingen in de kraamzorg en de behoeften om in het veranderende veld van de geboortezorg kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren.

1.3 Vraagstelling

De volgende vragen staan centraal:

1. Wat is het doel van kraamzorg en wat houdt het in?
2. Welke bijdrage levert kraamzorg binnen de keten van geboortezorg? Hierbij zijn de volgende aspecten meegenomen:
 - 1) Het welzijn en de zelfredzaamheid van de vrouwen
 - 2) De signalering van gezondheidsrisico's
 - 3) Preventie van wiegendood
 - 4) Voorkomen van Shaken Baby Syndroom
 - 5) Het slagen van borstvoeding
 - 6) (Vroegtijdige) signalering van psychosociale problematiek
3. Wat is bekend over de effectiviteit van de kraamzorg, in termen van kosten en opbrengsten?

1.4 Afbakening

Deze kennissynthese richt zich op de zorg die door de professionele kraamzorg thuis, in geboortecentra en kraamhotels wordt gegeven. Het betreft de intake (telefonisch of d.m.v. huisbezoek), begeleiding voor, tijdens en na de bevalling, en zorg voor de moeder en de pasgeborene plus de andere gezinsleden in de eerste acht tot tien dagen na een bevalling.

1.5 Werkwijze

Voor het huidige onderzoek is bestaande kennis over de effectiviteit van kraamzorg geïnterpreteerd door middel van:

- 1) Systematisch literatuuronderzoek
- 2) Inventarisatie van overige, niet-wetenschappelijke literatuur (ook wel 'grijze' literatuur genoemd)
- 3) Inventarisatie lopend Nederlands onderzoek

Het verkregen materiaal is per onderzoeksvraag, en zo mogelijk per deelonderwerp, geordend en beschreven. Op basis hiervan zijn aanbevelingen geformuleerd.

Systematisch literatuuronderzoek

Voor deze kennissynthese is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd in *Pubmed, Scopus, Cochrane en Psychinfo* naar gepubliceerde artikelen in de Nederlandse of Engelse taal. Er is gezocht naar onderzoek over kraamzorg met behulp van combinaties van zoektermen, bij voorkeur MeSH Terms (tabel 1).

Tabel 1: Gehanteerde zoektermen in het systematisch literatuuronderzoek.

a.	<i>Neonatal Nursing, or Postnatal Care, or Home Care Services</i>
b.	<i>Home Health Aides, or Home Care Services, Hospital-Based, or Home Care Agencies, or Home Nursing, or Home Care Services, or House Calls, or Nurses' Aides</i>
c.	<i>Maternity Care Assistance (no MeSH Term)</i>
d.	<i>Quality Assurance, Health Care</i>
e.	<i>Chains in Care (no MeSH Term)</i>
f.	<i>Maternal Health Services/standards</i>
g.	<i>Patient Preference</i>
h.	<i>Patients Satisfaction</i>
i.	<i>Continuity of Patient Care</i>
j.	<i>Patient-Centered Care</i>
k.	<i>Maternal-Child Nursing, or Maternal Health Services</i>

Het systematische literatuuronderzoek leverde 345 abstracts op. De gevonden abstracts werden door twee onderzoekers (YS en DK) beoordeeld op relevantie ten aanzien van bovengenoemde vraagstellingen. De volledige artikelen zijn opgevraagd als het abstract door beide onderzoekers als relevant werden beoordeeld. Bij twee verschillende beoordelingen vond overleg tussen de twee onderzoekers plaats. Het hele artikel is aangevraagd als consensus werd bereikt, of als er twijfel bleef bestaan. Dit leidde tot de aanvraag van 107 full tekst artikelen, waaronder twee (systematische) reviews. Zoals verwacht, vanwege het unieke systeem in Nederland waarin kraamzorg een van de schakels is, had geen van de artikelen betrekking op het verloskundig systeem zoals dat in Nederland gehanteerd wordt.

Inventarisatie 'grijze literatuur'

Omdat de organisatie van kraamzorg in Nederland uniek is, en ook vanwege de praktische aard van het vak, is kennis over dit vakgebied (inter)nationaal vrijwel niet gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. Er is daarom ook in de overige (zgn. 'grijze') literatuur gezocht naar rapporten, proefschriften en artikelen over de

effectiviteit en doelmatigheid van kraamzorg. In tweede instantie werden relevante documenten uit referentielijsten van de gevonden grijze literatuur gehaald. Met *Picarta* van de Koninklijke Bibliotheek is in alle Nederlandse bibliotheek catalogi gezocht naar bronnen over kraamzorg. De inhoudsopgaven van Tijdschrift voor Verloskundigen, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen zijn doorzocht, en de website kennispoortverloskunde alsmede van de KNOV zijn geraadpleegd. Ook publicaties van IGZ over kraamzorg zijn mee beoordeeld. Verder is naar informatie gezocht in de vakbladen Vakblad Kraamzorg, Kraam Support, Nataal en Kwaliteit in de Zorg. Tot slot is literatuur aangedragen door deskundigen.

Inventarisatie lopend onderzoek

Alle grote opleidings-, onderzoeks- en kennisinstituten in de gezondheidszorg waar mogelijk onderzoek is uitgevoerd naar kraamzorg zijn benaderd met de vraag of zij zulk onderzoek hebben uitgevoerd, en wat de resultaten daarvan waren. De verloskunde academies (Amsterdam, Groningen, Rotterdam, Maastricht), de masteropleidingen verloskunde in Amsterdam en Maastricht, ZonMw, Nivel, TNO, TNS Nipo, RIVM en KNOV zijn allen benaderd. Er is ook contact opgenomen met experts die op de hoogte zijn van onderzoeken op het terrein van de verloskunde bij de Universiteit Maastricht, het Erasmus MC, het AMC en het VU EMGO instituut. De brancheverenigingen ActiZ en BTN tenslotte zijn gevraagd naar bij hen bekend onderzoek binnen de kraamzorg. ActiZ heeft haar leden middels een nieuwsbrief opgeroepen om TNO te informeren over uitgevoerd onderzoek. Enkele kraamzorgaanbieders onder ActiZ en BTN zijn telefonisch benaderd om informatie. De NBvK en V&VN zijn benaderd. Het zojuist opgerichte Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) is betrokken in het proces van inventarisatie van bestaande kennis.

Alleen schriftelijke rapportages werden meegenomen in de kennissynthese. Tijdens een ronde-tafel conferentie en een schriftelijke commentaaronde is de inbreng van het veld gevraagd.

1.6 Leeswijzer

Om de bijdrage van de kraamzorg binnen de keten van geboortezorg vast te stellen beschrijven we eerst de aard en de omvang van kraamzorg in Nederland (hoofdstuk 2). Vervolgens (hoofdstuk 3) wordt ingegaan op de kwaliteit van de kraamzorg en de wijze waarop deze gemonitord wordt. In hoofdstuk 4 beschrijven we de behaalde resultaten van kraamzorg in termen van gezondheidswinsten en de kosten voor kraamzorg. Die resultaten worden besproken in hoofdstuk 5. Op basis van alle resultaten wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen voor optimalisatie van de opbrengsten van de kraamzorg (hoofdstuk 6).

Nieuwe ontwikkelingen, lopende initiatieven en- projecten in de geboortezorg worden in aparte kaders genoteerd.

Regionaal lopen er initiatieven en pilots die beogen de kwaliteit van de kraamzorg te verhogen. Tijdens de inventarisatie van lopend onderzoek zijn beschrijvingen van een aantal daarvan gevonden, maar niet alle. In dit rapport is er daarom voor gekozen om de bekende initiatieven niet met name te noemen.

Geen van de artikelen uit de internationale literatuur had betrekking op het verloskundig systeem zoals dat in Nederland gehanteerd wordt. Sommige landen hebben zich laten inspireren door (onderdelen uit) het Nederlandse kraamzorgmodel. In bijlage 1 geven we daarvan een beschrijving.

2 Inhoud van de zorg

In dit hoofdstuk wordt omschreven wat het doel van kraamzorg is en wat het inhoudt.

In Nederland bestaat het verloskundig zorgsysteem uit eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Uniek daarin is de positie van de zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundige en de professionele kraamzorg. In vergelijking met andere Europese landen is het aantal thuisbevallingen in Nederland hoog. Vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, al dan niet met een medische indicatie, gaan korte tijd na de bevalling naar huis en krijgen thuis kraamzorg. In Nederland krijgt 96% van de autochtone zwangeren kraamzorg en 94% van de westerse allochtone vrouwen. Onder niet-westers allochtone vrouwen is dit percentage lager, namelijk 89% (Houben, 2013). Regionaal bestaan verschillen, zo maakt in Rotterdam 87% van de zwangeren gebruik van kraamzorg (Weg et al., 2013).

Uitgangspunt van de kraamzorg is dat de ouders na de kraamperiode in staat zijn zelfstandig hun kind te verzorgen en dat de moeder haar gebruikelijke rol weer kan vervullen (ActiZ et al, 2008). Om dit te bereiken moeten ouders nieuwe vaardigheden en nieuwe gewoontes aanleren, en soms ook oude gewoontes nalaten.

2.1 Achtergrond

In 1999 hebben relevante partijen in de kraamzorg (BTN, KNOV, LCK, ActiZ, Sting, ZN) het begrip verantwoorde zorg specifiek voor de kraamzorg gedefinieerd in de basiskwaliteitseisen (LVT, 1999). Verantwoorde zorg is zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de behoefte van de patiënt.

In 2001 hebben Herschderfer et al. onderzoek uitgevoerd naar kraamzorg in Nederland. Doel was het definiëren van goede kraamzorg op basis van de aanwezige evidence, schriftelijke richtlijnen en consensus. Tevens werden de zorg en verrichtingen die feitelijk werden geleverd in kaart gebracht (Herschderfer, 2001).

In 2005 hebben de besturen van ActiZ, KNOV, Sting, BTN en ZN een landelijk indicatieprotocol (LIP) voor de kraamzorg vastgesteld. Het LIP is bedoeld als een instrument voor toekenning van kraamzorg en wordt gezien als een basisdocument voor de verdere ontwikkeling van normen voor verantwoorde kraamzorg. Taken van de kraamverzorgende werden gebaseerd op de basiskwaliteitseisen en het rapport van Herschderfer et al. (2001). In 2006 is een pilot uitgevoerd door twee kraamzorgaanbieders om de praktische uitwerking van het LIP in de praktijk te toetsen (ActiZ et al., 2008). In 2007 heeft bredere toetsing plaatsgevonden door middel van een "monitor kraamzorg". De "monitor kraamzorg" (Pique & Veenvliet, 2007) heeft geleid tot aanpassingen in het LIP: de preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode alsmede het inhoudelijk kader voor de partus assistentie zijn toegevoegd (ActiZ et al, 2008). De werkgroep LIP van CPZ onderzoekt nu op welke aspecten het bestaande LIP verdere modernisering behoeft (voortgangsrapportage Commissies CPZ 24 april 2013).

In 2008 heeft de stuurgroep verantwoorde kraamzorg, bestaande uit: ActiZ, Sting en NBvK, BTN, ZN, IGZ, KNOV, Consumentenbond, NPCF (cliëntenorganisaties) en het ministerie van VWS het begrip verantwoorde zorg specifiek voor kraamzorg gedefinieerd (Rommelse, 2009). In het visiedocument beschrijven de partijen samen wat ze onder deze verantwoorde kraamzorg verstaan.

Sinds begin 2008 staat de perinatale sterfte hoog op de agenda. Op vraag van minister Klink, destijds minister van Volksgezondheid, heeft de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte advies uitgebracht om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen. In deze commissie hebben vertegenwoordigers van cliënten, beroepsgroepen, verzekeraars en relevante institutionele koepels samengewerkt. Het advies "Een goed begin" is in 2009 afgerond (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009).

Kraamzorg wordt door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte gezien als een belangrijk onderdeel van de zorg aan moeder en kind en het gezin. De Stuurgroep vindt dat iedere zwangere recht heeft op een goede en veilige kraamperiode én op een goede overdracht aan de huisarts en JGZ, ongeacht of de bevalling thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Op 1 september 2011 is het CPZ van start gegaan. Het CPZ bestaat uit vertegenwoordigers van zwangeren, alle betrokken beroepsgroepen, ziekenhuizen, kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars, en heeft de opdracht om de vermijdbare maternale en perinatale sterfte in Nederland te verminderen.

2.2 Doel van kraamzorg

In de visie op verantwoorde kraamzorg wordt het doel van de zorg als volgt geformuleerd (Rommelse, 2009):

"Kraamzorg is gericht op het voorspoedige herstel van de moeder en de integratie van het kind in het gezin. Hiermee wordt de basis gelegd voor een gezonde ontwikkeling van het kind. Daartoe biedt de kraamzorg verzorging, ondersteuning, instructie en voorlichting en worden risico's en problemen ten aanzien van gezondheid en veiligheid gesignaleerd. De wensen en behoeften van de cliënt vormen het uitgangspunt van de zorgverlening en de waarden en normen van de cliënt worden gerespecteerd. Kraamzorg ondersteunt de verantwoordelijkheid van de ouders voor de eigen gezondheid en het functioneren in het eigen gezin"

Kort weergegeven is het doel van kraamzorg (ActiZ et al, 2008; Rommelse, 2009):

- Het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind,
- Het vroegtijdig signaleren van risico's, problemen en complicaties
- Het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen geven dat ze op de juiste manier kunnen omgaan met hun pasgeborene.

2.3 Taken van de kraamverzorgende

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) omschrijft de kerntaken van de kraamverzorgende als volgt: de kraamverzorgende geeft voorlichting en instructie aan de kraamvrouw en haar (eventuele) partner, voert de basishuishoudelijke taken

uit, observeert, signaleert en rapporteert aan de verloskundige/casemanager en aan de kraamzorginstelling.

De kraamverzorgende heeft een rol bij de volgende onderdelen van de keten van zwangerschap en geboorte (Basiskwaliteitseisen, 1999; ActiZ et al., 2008; Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009):

- Intake (vaststellen van de zorgbehoefte)
- (Vervroegde) partusassistentie / -ondersteuning
- Verzorging in het kraambed

Sinds 2008 valt onder verzorging in het kraambed ook het signaleren van (potentiele) psychosociale problemen (ActiZ et al., 2008; zie ook paragraaf 2.3.4). Goede overdracht naar de verloskundige, de huisarts en de JGZ is daarbij nodig (zie verder paragraaf 2.4).

De kraamverzorgende is verantwoordelijk voor haar eigen handelen en de gevolgen daarvan (Stichting FAOT, 2009). De medische eindverantwoordelijkheid voor de kraamzorg in de eerste lijn wordt gedragen door de verloskundige (of soms de verloskundig actieve huisarts), ook als het eerste gedeelte van het kraambed klinisch (bijvoorbeeld na een sectio caesarea) onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn wordt doorgebracht (Stichting FAOT, 2009).

2.3.1 *Intake*

Rond de 32^e week van een eerste zwangerschap doet de kraamzorg een intake bij de aanstaande ouders thuis. Tijdens het contact worden zorgbehoefte en zorgaanbod, met inachtneming van de polisvoorwaarden van cliënt of contractafspraken tussen kraamcentrum en zorgverzekeraar, met elkaar afgestemd (ActiZ et al., 2008). Bij de intake komen aan de orde (ActiZ et al., 2008):

- Informeren en adviseren van het aanstaande kraamgezin over de zorgmogelijkheden
- Aanstaande kraamgezin op de hoogte brengen van noodzakelijke voorbereidingen
- Gegevens verzamelen die relevant zijn voor passende zorginzet (zie overdracht van gegevens)
- Bepalen aard en omvang van te leveren zorg, conform LIP (ActiZ et al., 2008)

Tijdens deze intake wordt de indicatie voor de omvang en inhoud van de kraamzorg op basis van het LIP vastgesteld. In principe zijn hiervoor geen gegevens nodig van de verloskundige, tenzij er sprake is van een bijzondere situatie.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) wil dat er vóór de 34e week een huisbezoek wordt afgelegd om de thuissituatie in te schatten en dan niet alleen bij een eerste bevalling, maar ook bij iedere volgende bevalling. De verloskundige is verantwoordelijk voor (de uitvoering van) dit huisbezoek en kan zelf het bezoek afleggen, maar regionaal kan ook afgesproken worden dat een geschoolde professional van de kraamzorginstelling dit huisbezoek aflegt.

Verder adviseert de Stuurgroep dat iedere zwangerschap zal worden afgerond met een evaluatiegesprek over het totale verloop en de verleende zorg rond de zwangerschap en geboorte.

2.3.2 (Vervroegde) partusassistentie / -ondersteuning

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige en ondersteunt en begeleidt de barende tijdens de bevalling vanaf het einde van de ontsluitingsfase (zodat de kraamverzorgenden gedurende gehele uitdrijvingsfase aanwezig is) tot en met de eerste 2 uur na de geboorte van de placenta. In het LIP is beschreven wanneer de partusassistentie begin en eindigt en welke taken er door de kraamverzorgende verricht worden. Taken van de kraamverzorgende hierbij zijn (ActiZ et al., 2008; Stichting FAOT, 2009):

- Benodigdheden klaarzetten voor bevalling en verzorging van moeder en kind
- Ondersteuning van de verloskundig hulpverlener, de kraamvrouw en haar gezin
- Opruimen van de ruimte waar de bevalling heeft plaatsgevonden
- Verzorging en bewaking kraamvrouw (algehele conditie, wassen/douchen, controle baarmoederstand, urine)
- Verzorging en bewaking kind (temperatuur, alertheid, zuigreflex)
- Voorlichting en instructie omtrent de verzorging van moeder en kind voor de eerste periode waarin ouders alleen zijn (o.a. aanleggen bij borstvoeding/ verzorgen kunstvoeding, temperatuur, verschoneren)

Partusondersteuning heeft ook betrekking op de emotionele en fysieke ondersteuning van de barende (en haar partner) (Stichting FAOT, 2009).

In het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) wordt geadviseerd dat iedere barende continue begeleid moet worden. In het 'Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden' zijn door ActiZ en KNOV en een aantal partijen uit het veld afspraken gemaakt over de invulling van deze ondersteuning. Dit kwaliteitskader is inmiddels opgenomen in het kwalificatiedossier (www.calibris.nl) en in het beroepscompetentieprofiel (www.vvtopleidingen.nl) van de kraamverzorgenden. De kraamverzorgende voert de begeleiding uit conform overdracht en belinstructies van de verloskundige.

Ontwikkelingen

De laatste jaren worden er in Nederland in toenemende mate geboortecentra opgericht. Daar kunnen vrouwen onder leiding van een verloskundige met een kraamverzorgende bevallen in een meer huiselijke omgeving dan in een ziekenhuis. Verschillende kraamzorgaanbieders zijn actief betrokken bij het oprichten van dergelijke geboortecentra. De wijze waarop kraamzorg is geregeld in geboortecentra is verschillend. In sommige geboortecentra zijn zij in dienst van het geboortecentrum, in andere geboortecentra is een afspraak met een kraamzorgorganisatie gemaakt. Dit is ook afhankelijk van de diensten die door een geboortecentrum worden aangeboden, zoals de mogelijkheid om enkele dagen te blijven (Wiegers, 2012).

2.3.3 *Verzorging in het kraambed*

Hieronder wordt verstaan (ActiZ et al., 2008):

- Verzorging en controle van de moeder (o.a. controle temperatuur en pols, controle bloedverlies en baarmoederstand, controle en verzorging perineum en borsten, controle urine en ontlasting, controle van de benen)
- Verzorging en controle van het kind (o.a. controle temperatuur, observatie, lichamelijke verzorging)
- Voorlichting, advies en instructie (o.a. borstvoeding, slaap/waakritme, huilgedrag en troosten, preventie wiegendood) en integratie van het kind in het gezin
- Observeren, signaleren en rapporteren van potentiële problemen en risicofactoren
- waarborgen van goede hygiëne (o.a. reinigen toilet en badkamer, verschonen kraambed, uitkoken materiaal)
- Verzorging en/of opvang huisgenoten (andere aanwezige kinderen, eventueel gehandicapt of ziek gezinslid)
- huishoudelijke taken (schoonhouden babykamer en kamer waar moeder verblijft, verzorgen van de kraamwas, verzorgen van de lunch)

Door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg (2008) en de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) wordt geadviseerd om wisseling van kraamverzorgende tijdens een kraamperiode tot maximaal één keer te beperken, om continuïteit van zorg voor moeder en kind te behouden.

2.3.4 *Vroegsignalering in de kraamtijd*

Kraamverzorgenden verkeren in de unieke positie omdat zij gedurende enkele dagen in het gezin aanwezig zijn. Zij zijn daardoor meestal de enige zorgverleners die langdurig achter de voordeur verkeren. Het stelt hen in de gelegenheid om te signaleren of er problemen zijn binnen het gezin. Bij aanpassing van het LIP in 2008 is tijd gereserveerd voor deze vroegsignalering (ActiZ et al., 2008).

In 2007 is de 'Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd' ontwikkeld waarmee kraamverzorgenden problemen binnen een gezin kunnen signaleren (Jonge de et al., 2007). De checklist bevat 35 items die betrekking hebben op psychosociale zorgbehoefte en op risicofactoren voor of signalen van kindermishandeling en depressie bij de kraamvrouw (Vink & Detmar, 2012) en is gebaseerd op de voor Canada gevalideerde risicofactoren van de ALPHA (Jonge de et al., 2007; Carroll et al., 2005). Deze checklist geeft handvatten om observaties in het gezin te duiden. Dit resulteert in handelingsopties: overleg met de verloskundige, met collega's (met name de teamleider) en/of de huisarts en/of de jeugdgezondheidszorg en indien mogelijk met de ouders.

Op diverse plaatsen worden protocollen voor vroegsignalering en overdracht van gegevens van pasgeborenen ontwikkeld.

2.4 **Kraamzorg onderdeel van de keten**

De medische eindverantwoordelijkheid voor de kraamperiode thuis wordt veelal gedragen door de verloskundige, soms door een huisarts. Hiervoor is goede communicatie, samenwerking en overdracht nodig. Daarnaast is goede samenwerking en overdracht nodig naar de huisarts en de JGZ.

Taken van de kraamzorg binnen de keten zijn (ActiZ et al., 2008):

- Gegevens partus doorgeven aan kraamzorgorganisatie
- Overdragen en rapporteren aan verloskundige, collega's en JGZ
- Gesignaleerde (potentiele) problemen (waaronder ook van de vroegsignalering) rapporteren aan huisarts en/of verloskundige en/of JGZ.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) adviseert:

- Voor elke zwangere een verloskundig casemanager aan te stellen als aanspreekpunt. De casemanager is na de bevalling tot maximaal zes weken voor de moeder en tot en met de tiende dag voor het kind, verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, inclusief de overdrachtsmomenten, totdat de coördinatie is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg.
- In VSV-verband door alle professionals en organisaties heldere afspraken te maken over de precieze taakverdeling rond de kraamperiode.
- Een betere overdracht van de pasgeborene naar de huisarts of JGZ en dit in een richtlijn vast te leggen. Hiertoe moet er een landelijk protocol 'Georganiseerde overdracht' van verloskundig professional naar JGZ en huisarts ontwikkeld worden.
- Ontwikkeling van een gemeenschappelijk kraamdossier waarin wordt vastgelegd welke kraamzorg bij welke medische en (psycho)sociale risico's aan moeder en kind wordt geboden en ook welke professional voor welk aspect hiervan verantwoordelijk is.

Ontwikkelingen

In het kader van bovenstaande aanbeveling heeft het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid in samenwerking met professionals in de eerstelijns geboortezorg: kraamverzorgenden, verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, beroepsgroepen in de jeugdgezondheidszorg, de brancheorganisaties en de VNG het standpunt 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg', ontwikkeld (NCJ, 2011). In 2012 is een pilot uitgevoerd om de landelijke implementatie te ondersteunen (NCJ, 2013). Deze pilot heeft geresulteerd in een aangepaste gegevens set en aanbevelingen om de gegevensoverdracht te bevorderen.

3 Kwaliteit van de zorg

Om de bijdrage van de kraamzorg binnen de keten van geboortezorg vast te stellen is niet alleen inzicht nodig in de inhoud van de zorg (hoofdstuk 2), maar ook in de kwaliteit van de geleverde zorg.

3.1 Achtergrond

In het algemeen wordt met kwaliteit aangegeven of eigenschappen van een product of dienst overeenkomen met wat ervan verwacht wordt (www.nationaalkompas.nl). In de visie op verantwoorde kraamzorg wordt het doel van kraamzorg geformuleerd (Rommelse, 2009).

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is afhankelijk van het perspectief. Vanuit het perspectief van de patiënt is vooral effectiviteit en doelgroep gerichtheid belangrijk. Vanuit het perspectief van de professional is de effectiviteit een belangrijk domein, terwijl vanuit het perspectief van de instelling/organisatie de efficiëntie van de zorg in termen van kosten een belangrijk doel is, evenals de veiligheid (www.nationaalkompas.nl). Bijdragen aan de kwaliteit van zorg kan op vier niveaus plaats vinden (Donabedian, 1988). Op ieder niveau zijn er instrumenten en initiatieven die bijdragen aan de effectiviteit van de kraamzorg. Het betreft de volgende niveaus:

- Het gehele systeem van de geboortezorg.
- Kraamzorgaanbieders
- De individuele kraamzorg professional
- Specifieke interventies die worden aangeboden/ werkzaamheden die worden uitgevoerd. Hierbij gaat het om de werkzaamheid van handelingen door kraamverzorgenden.

3.2 Instrumenten en activiteiten per niveau van zorg

3.2.1 Gehele systeem

Goede toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor effectieve kraamzorg. Handhaving van kwaliteit van de zorg gebeurt op dit niveau door IGZ.

Toegankelijkheid

Voor een goede toegankelijkheid is het noodzakelijk dat er voldoende kraamverzorgenden beschikbaar zijn om aan de vraag voor zorg te voldoen en kosten voor deze zorg moeten voor gezinnen geen belemmering zijn.

Beschikbaarheid van kraamzorg

In Nederland werken naar schatting 9.000 kraamverzorgenden (bewerking data ZiZo door ActiZ, 2011). Exacte aantallen ontbreken. Ook het aantal leerlingen dat in opleiding is tot kraamverzorgende wordt niet structureel gemonitord (Wiegers, 2008). Dit maakt dat ontwikkelingen vanuit arbeidsmarkt perspectief lastig te voorspellen zijn (Wiegers, 2008).

Betaalbaarheid

De Zorgverzekeringswet is vanaf 1 januari 2006 van kracht. In de zorgverzekeringswet is de zorg van kraamverzorgenden aan moeder en kind voor, tijdens en na de geboorte geregeld. In de basiszorgverzekering is opgenomen dat kraamvrouwen gedurende ten hoogste tien dagen kraamzorg kunnen krijgen.

De vergoeding omvat alle geïndiceerde uren, met een basispakket van 49 uur (ActiZ et al., 2008). Uitbreiding of beperking van het standaard aantal uren gebeurt op indicatie, met behulp van het LIP (ActiZ et al., 2008) (zie paragraaf 2.1). De minimum omvang van de zorg is 24 uur verdeeld over acht dagen, het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur verdeeld over 10 dagen. Tijdens de intake wordt op basis van omgevingsfactoren (gezinssituatie, communicatie barrière, aanwezigheid mantelzorg), moederfactoren (kunstvoeding, zelfredzaamheid, geestelijk onwel bevinden, infectie, ziekenhuisopname), kindfactoren (meerling, aangeboren afwijking, conditie, ziekenhuisopname), moeder en kind factor (problemen met voeden) de zorgbehoefte bepaald en worden meer of minder uren kraamzorg afgesproken (ActiZ et al., 2008). Daarnaast kan men meer dan het aantal geïndiceerde uren kraamzorg afnemen en hiervoor zelf betalen. De kosten van kraamzorg tellen niet mee voor het eigen risico (NZa, 2012), er is wel een eigen bijdrage van € 4 per uur (in 2013). In aanvullende verzekeringen is sprake van dekking van extra, niet-geïndiceerde uren kraamzorg en de eigen bijdrage.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) pleit voor afschaffing van de eigen bijdrage. Naar aanleiding van interviews met zes professionals en 24 zwangere - of pas bevallen vrouwen kwam naar voren dat de eigen bijdrage geen doorslaggevend probleem vormde (Nikkels et al., 2008), maar in een web-based vragenlijstonderzoek in 2011 onder 298 zwangeren werd gevonden dat de eigen bijdrage een belemmering vormt om kraamzorg af te nemen. Met name allochtonen en autochtonen uit achterstandswijken namen minder uren kraamzorg vanwege de eigen bijdrage (Korfker, Kennispoort 2012). In het programma "Klaar voor een Kind" in Rotterdam kwam men op basis van focusgroep interviews onder 66 allochtone vrouwen ook tot de conclusie dat de eigen bijdrage een belemmering vormt voor deelname (Weg et al., 2013).

Handhaving

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel (www.IGZ.nl).

In 2007 verstuurde IGZ een vragenlijst aan 285 kraamzorgaanbieders om risico's in de zorg te signaleren (IGZ, 2009). Via deze vragenlijst kreeg IGZ informatie over 2006. Deze informatie besloeg 85% van de thuisbevallingen. In 2008 bezocht de IGZ 18 kraamzorgaanbieders om na te gaan in hoeverre de door middel van vragenlijsten gesignaleerde risico's in de praktijk herkenbaar waren. Voorafgaand aan de inspectiebezoeken formuleerde IGZ vier risicoaspecten, namelijk zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind, vroegsignalering van onder meer (psychosociale) problemen, kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst

en overige risicoaspecten (o.a. medicatieveiligheid, meldingen incidenten en calamiteiten IGZ, 2009).

De helft van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders moest op één of meer risicoaspecten verbeterplannen maken (IGZ, 2009). Met name de communicatie tussen kraamverzorgenden, verloskundigen, huisartsen en de Jeugdgezondheidszorg moest beter. Het kraamzorgdossier werd onvoldoende als communicatiemiddel in de keten gebruikt. Belangrijke informatie zoals temperatuurlijsten moeder en kind, voeding lijsten van de baby, en bijvoorbeeld de hoogte van de baarmoederstand werden apart genoteerd. Het was voor de kraamverzorgende niet altijd duidelijk of de verloskundige de rapportage gelezen had (IGZ, 2009). Daarnaast hanteerde de verloskundige een eigen rapportage. In slechts één van de 68 kraamdossiers was een aantekening van de verloskundige te vinden. Schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden was nauwelijks aanwezig (IGZ, 2009).

De medicatieveiligheid, het melden van incidenten en het melden van calamiteiten aan de inspectie, bleek bij de kraamzorgaanbieders niet goed geregeld (IGZ, 2009). De IGZ heeft met de brancheorganisaties afgesproken welke verbeteringen in de periode 2009- 2011 moeten worden doorgevoerd (IGZ, 2009).

Ontwikkelingen

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte (kortweg: perinatale audit) van start gegaan. De perinatale audit is 'een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen. Het onderwerp voor de landelijke perinatale audit in 2010 tot en met 2012 is de 'à terme sterfte' voor, tijdens en na de bevalling. De deelnemers aan een audit zijn (verloskundig actieve) huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en pathologen. Indien relevant nemen ook kraamverzorgenden deel aan de audit. In de audit 2011 waren kraamverzorgenden tweemaal betrokken bij casus met substandaard factoren bij à terme sterfte (Stichting Perinatale Audit Nederland, 2013), en in de audit 2010 geen enkele keer.

3.2.2 Kraamzorgaanbieders

Kwaliteit wordt op dit niveau geborgd door het meten van indicatoren, het organiseren van bij- en nascholing van kraamverzorgenden door kraamzorgaanbieders en certificering van kraamzorgaanbieders.

Kwaliteitsmeting via indicatoren

Op dit niveau wordt kwaliteit van zorg gemeten met behulp van indicatoren. Indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit van zorg. Indicatoren maken een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg mogelijk. Indicatoren zijn bovendien een middel om verschillen tussen kraamzorgaanbieders zichtbaar te maken voor cliënten en zorgverzekeraars en om keuzes te vergemakkelijken (transparantie).

Ter voorbereiding op een kwaliteitskader voor kraamzorgaanbieders is een 'Visiedocument Verantwoorde Kraamzorg' opgesteld (Rommelse, 2009). Doel van het project Verantwoorde Kraamzorg was het ontwikkelen, implementeren en beheren van een kwaliteitskader dat inzicht geeft in de kwaliteit van de kraamzorg, zowel zorginhoudelijk als wat betreft de cliëntervaring.

Het visiedocument borduurt voort op eerdere documenten die zich bezig hielden met de kwaliteit van de kraamzorg, waaronder de "Basiskwaliteitseisen kraamzorg" (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg et al., 1999), het rapport van het NIVEL "Kwaliteit en toegankelijkheid van de Kraamzorg" (Welling & Wiegers, 2001) en het rapport "Indicatoren voor de kraamzorg en ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorgaanbieders" van het RIVM (De Vos & Graafmans, 2007). Op basis hiervan is door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg samen met betrokken partijen een gedragen set van 21 indicatoren opgesteld (Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg, 2008).

In 2009 heeft de eerste landelijke meting van de indicatoren plaatsgevonden. Aan de hand van de opgedane ervaringen werd de set van indicatoren aangepast (Zichtbare Kraamzorg 2010). Indicator 4C werd doorontwikkeld en meet nu welke inspanningen zijn gedaan om kraamverzorgenden voldoende vaardig te maken ten einde kraamzorg te leveren bij gezinnen met verschillende culturele achtergronden. Indicator 22 werd toegevoegd om te meten of een aantoonbaar document aanwezig is voor kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen. Indicator 20 die mat hoe vaak bij afwijkende temperatuur van moeder en/of kind de verloskundige werd gewaarschuwd is vervallen omdat het te ingewikkeld bleek om op een eenduidige manier de temperatuur te meten, en omdat de administratieve last voor deze registratie te hoog was. Indicator 9 werd aan de hand van de praktijkervaringen samengevoegd met indicator 7 tot één indicator 7A/B die meet of de overeengekomen zorg geleverd is. Tabel 2 geeft de set van indicatoren zoals die werd gehanteerd in de verslagjaren 2011 en 2012 (Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg, 2008).

Binnen de set wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende processtappen waaruit de kraamzorg bestaat: intake, bevalling, kraambed en ketenzorg. Er wordt ook een onderscheid gemaakt naar het type indicator. Structuurindicatoren geven aan of iets beschikbaar is binnen de organisatie, bijvoorbeeld opgeleide mensen of zorginhoudelijke registraties. De aanwezigheid van een voorziening zegt echter niets of deze ook goed werkt (het moet ook juist gebruikt worden). Procesindicatoren geven het resultaat van inspanningen weer, bijvoorbeeld of een kraamverzorgende binnen een uur na de oproep van een verloskundige aanwezig is. Uitkomstindicatoren gaan over het effect van handelen, met andere woorden is datgene bereikt wat beoogd werd?

Van de indicatoren zijn er acht cliëntgebonden (indicatoren 10 t/m 17; tabel 3). In 2010 is door het NIVEL een vragenlijst ontwikkeld die de kwaliteit van de kraamzorg in kaart brengt vanuit het perspectief van de cliënt: de Consumer Quality-Index voor de kraamzorg (Wagtendonk, Hoek, & Wiegiers, 2010). De CQ-Index biedt betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van de zorg vanuit het oogpunt van de gebruiker (Wagtendonk, Hoek, & Wiegiers, 2010). De CQ-Index is een geregistreerd merk dat als keurmerk wordt gebruikt. Dat wil zeggen dat de meting alleen afgenomen mag worden door een geaccrediteerde meetorganisatie. De CQ-Index werd tot nu toe tweejaarlijks afgenomen.

De gegevens over de kwaliteit van kraamzorgaanbieders zijn voor het publiek toegankelijk via www.kiesbeter.nl.

Ontwikkelingen

De door de aanbieders aangeleverde kwaliteitsgegevens zijn openbaar en zichtbaar via het Zichtbare Zorg portaal, maar het programma Zichtbare Zorg is per januari 2013 opgehouden te bestaan. Zichtbare Zorg is opgegaan in het Kwaliteitsinstituut van CVZ. Ook het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), verantwoordelijk voor de toekenning van het Keurmerk CQ-Index (zie boven), is in 2013 opgenomen door CVZ. Momenteel wordt gekeken naar mogelijkheden voor herziening van de huidige set van kwaliteitsindicatoren naar een beperkte set die ook bruikbaar is als ketenindicator.

Processtap	Soort indicator		
	Structuur	Proces	Uitkomst ¹
Intake		1. <i>Tijdige intake: % cliënten waarbij de intake voor de 36^e week in de vorm van een huisbezoek is gerealiseerd</i>	
Bevalling		2. <i>Tijdige partusassistentie: % bevallingen waarbij kraamverzorgende binnen 1 uur na oproep aanwezig is</i>	
Kraambed	<p>3. <i>Adequaat opgeleide kraamverzorgenden: % kraamverzorgenden of verzorgenden niveau 3 met deelkwalificaties 311 en 313</i></p> <p>4. <i>Bijgeschoolde kraamverzorgenden:</i> A. <i>aantal uren bij en nascholing per fte</i> B. <i>% kraamverzorgenden dat gedurende het jaar is bijgeschoold is</i> C. <i>Aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om kraamverzorgenden voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate kraamzorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen.</i> D. <i>% kraamverzorgenden dat recent bijgeschoold is in het signaleren en rapporteren van risico's bij opgroei en opvoeden</i></p> <p>5. <i>Actuele zorginhoudelijke protocollen: % zorginhoudelijke protocollen waarvan minder dan 1 jaar geleden (opnieuw) is vastgesteld dat ze gebaseerd zijn op de nieuwste zorginhoudelijke kennis en inzichten</i></p> <p>22. <i>Een aantoonbaar document over kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen.</i></p>	<p>6. <i>Continuïteit in persoon: % verzorgingen uitgevoerd door maximaal twee kraamverzorgenden</i></p> <p>7. <i>Noodzakelijke zorg:</i> A. <i>% met cliënt overeengekomen zorg van de geïndiceerde zorg</i> B. <i>% cliënten waarbij ten minste 10% minder zorg is overeengekomen dan geïndiceerd</i></p> <p>8. <i>Zorg onder wettelijk minimum: % verzorgingen minder dan 24 uur zorg (excl. partusassistentie)²</i></p>	<p><i>Ervaring van cliënten met:</i></p> <p>10. <i>Continuïteit van zorg</i> 11. <i>Bejegening</i> 12. <i>Informatie en communicatie</i> 13. <i>Clientgerichtheid</i> 14. <i>Hygiëne</i> 15. <i>Effect van kraamzorg</i> 16. <i>Organisatie van de zorg</i></p> <p>17. <i>Voorkomen wiegendood: % ouders dat vindt op de hoogte te zijn van maatregelen om wiegendood te voorkomen</i></p> <p>18. <i>Geslaagde borstvoeding: % vrouwen dat op de eerste dag gestart is met borstvoeding en op de achtste dag volledig borstvoeding geeft</i></p>
Ketenzorg	19. <i>Ketenzorg werkafspraken: vastgelegde werkafspraken met verloskundige kring en JGZ ten aanzien van benoemde onderwerpen</i>	21. <i>Ketenzorg JGZ: % cliënten dat overgedragen is aan de JGZ conform landelijke richtlijnen²</i>	

Tabel 2: Indicator set (Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg, 2008)

¹ Indicatoren 10 t/m 17, de cliëntervaringsindicatoren, worden uitgevraagd met de CQ-Index

² Deze indicatoren werden in 2012 (nog) niet uitgevraagd

Kraamzorgaanbieders zijn vanaf 2011 volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zich te verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg. Niet alle kraamzorgorganisaties voldoen aan die verplichting. ActiZ vond in de bewerking van deze gegevens in 2012 dat 77 organisaties wel en 18 niet deelnamen (interne data van ActiZ). ActiZ en BTN vertegenwoordigen aanbieders van kraamzorg. ActiZ publiceerde in 2011 en 2012 een benchmark waarin de kwaliteit van de zorg vergeleken wordt met voorgaande jaren. Tabel 3 toont de resultaten van de in 2012 gepubliceerde benchmark. Omdat het aantal deelnemende organisaties per jaar niet groot is (organisaties mogen eenmaal per drie jaar meedoen blijkt uit mondelinge informatie van ActiZ) werd een dakpananalyse toegepast. Dat betekent dat de gegevens van elk jaar worden samengevoegd met die van het voorgaande jaar, zodanig dat de gegevens elk jaar twee maal worden gebruikt (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012).

Cliënten zijn positief over de zorg die zij krijgen, de CQ-Index scores liggen rond de 9 (op een schaal van 0-10) (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012). Uitzonderingen op de positieve uitkomsten zijn de ervaren continuïteit in de zorg en de ervaren organisatie van zorg, die scores zijn respectievelijk 7,4 en 6,5. Zorginhoudelijk scoort >90% van de organisaties positief. Het is uit de rapportage niet duidelijk op hoeveel kraamverzorgenden deze resultaten betrekking hebben (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012). De oorspronkelijke set zorginhoudelijke indicatoren is breder dan in tabel 3 opgenomen. Voor de overige indicatoren (zie tabel 2) geldt dat de registraties (nog) als onvoldoende betrouwbaar worden beoordeeld om gepubliceerd te worden (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012).

Van de vijftientig al langer bij ActiZ aangesloten kraamzorgaanbieders hebben er in de periode 2010 t/m 2012 eenentwintig (84%) aan de benchmark deelgenomen (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012). In 2012 en 2013 hebben zich nog eens 25 kraamzorgaanbieders bij ActiZ aangesloten, deze organisaties hebben (nog) niet aan de benchmark deelgenomen (www.Actiz.nl). Totaal zijn nu 50 organisaties voor kraamzorg bij ActiZ aangesloten, die 80% van de markt vertegenwoordigen. Bij de 50 ActiZ kraamzorgaanbieders werken naar schatting 7.500 (ongeveer 80% van het totaal aantal) kraamverzorgenden (www.Actiz.nl).

Tabel 3: Gemiddelde schaalscores van de CQ-Index en zorginhoudelijke indicatoren kraamzorg cliënten (Bron: ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012)

CQ-indicatoren	Resultaat
Ervaren continuïteit van zorg	7,4 ¹
Ervaren bejegening	9,6
Ervaren informatie en communicatie	9,0
Ervaren cliëntgerichtheid	8,9
Ervaren hygiëne	9,2
Ervaren effect van kraamzorg	9,1
Ervaren organisatie van de zorg	6,5
Bekendheid met veilig slapen	9,3
Zorginhoudelijke indicatoren	
Tijdige intake	95,3% ²
Continuïteit in persoon	94,1%
Geslaagde borstvoeding	90,5%
Tijdige partusassistentie	95,2%

¹ Waarderingscijfer op een schaal van 0-10.

² Percentages zijn percentages van ActiZ leden (n=25).

Bij- en nascholing

Kraamzorgaanbieders organiseren bij- en nascholingen, cursussen, themabesprekingen, intervisie en nemen het initiatief tot het protocolleren van handelingen om de kraamverzorgenden die in dienst zijn bij de organisatie deskundig en bekwaam te houden. Bij 90% van de zorgaanbieders was in 2006 de bijscholing goed geregeld, 3% regelde geen bijscholing en bij 6% was niet geregistreerd wie de bijscholing volgde (IGZ, 2009). De bijscholing werd niet altijd volledig vergoed door de kraamzorgaanbieder, in tijd of geld. In 27% werd de bijscholing ten dele vergoed (IGZ, 2009).

Doelgroep gerichtheid is een voorwaarde voor effectieve zorg. Bij 18 door IGZ bezochte kraamzorgaanbieders (zie 3.24.1) bleek weinig kennis te bestaan over gezondheidsrisico's bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst terwijl bekend is dat zij een kwetsbare groep vormen (IGZ, 2009). Niet één zorgaanbieder beschikte op het moment van meting over informatie over gezondheidsrisico's bij deze groep. Er zijn verschillende rituelen en gebruiken bekend, waar kraamverzorgenden zelf in de praktijk mee om moeten leren gaan. De inspectie heeft in 2009 ook geen beleid aangetroffen waarmee kraamzorgaanbieders aangeven hoe kraamverzorgenden hierop moeten anticiperen (IGZ, 2009). De huidige situatie is onbekend.

Naast het lagere aantal uren zorg (zie 3.2.1) bleek in 2002 de voorlichtende rol van de kraamverzorgende bij allochtonen niet goed tot haar recht te komen door taalproblemen. Zo wisten Turkse en Marokkaanse vrouwen onvoldoende over de preventie van wiegendood en het gebruik van vitamine K aan het einde van het kraambed (Korfker, 2002). De tevredenheid over kraamzorg onder allochtonen was groot (Fakiri, 1999), maar minder groot dan de tevredenheid bij autochtonen (Korfker 2002). Niet-westers allochtone vrouwen lijken kraamzorg minder te waarderen (CBS, 2013).

Ontwikkelingen

In haar promotieonderzoek "Use of antenatal and postnatal care by migrant women in the Netherlands" onderzoekt Boerleider hoe kraamzorg in Nederland wordt ervaren en beoordeeld door allochtone vrouwen. Ook wordt gekeken in welke mate bestaande beroepsrichtlijnen, protocollen en praktijkbeleid in de kraamzorg toepasbaar zijn op de allochtone cliëntenpopulatie. Dit promotieonderzoek maakt deel uit van de nationale DELIVER-studie waarin gegevens worden verzameld over 20 verloskundige praktijken in Nederland (Boerleider e.a., 2012; Boerleider e.a., 2013).

In het Programma "Klaar voor een Kind" zijn vrouwen in Voorlichting Perinatale Gezondheid (VPG-ers) opgeleid. Deze vrouwen zijn van etnisch-cultureel diverse afkomst en tweetalig. Zij worden in Rotterdam ingezet voor het geven van groepsvoorlichting over preconceptiezorg, gezonde zwangerschap, bevalling en kraamzorg en gezondheid in het algemeen. Het ROC Mondriaan in Den Haag leidt allochtone vrouwen en enkele mannen op tot "wegwijzers in de geboortezorg" (niveau MBO 2). Deze training is onderdeel van de opleiding: "Helpende Zorg en Welzijn". De opgeleide vrouwen en mannen geven informatie over de organisatie van geboortezorg en de JGZ in huiskamergesprekken in hun sociale omgeving.

Certificering

Kwaliteitsborging vindt plaats via certificering.

HKZ

HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) stelt kwaliteits- en veiligheidsnormen op voor ruim 30 branches in zorg en welzijn, waaronder de kraamzorg (www.hkz.nl). Om de kwaliteit van interne processen te kunnen beheersen is een kwaliteitsmanagement systeem binnen de organisatie een voorwaarde. Bij HKZ-certificatie toetst een externe Certificerende Instelling of het kwaliteitssysteem van een instelling voldoet aan vooraf vastgestelde HKZ-normen. Een HKZ-certificatie maakt zichtbaar dat een instelling intern de zaken goed op orde heeft, dat de cliënt centraal staat en dat de organisatie voortdurend en systematisch werkt aan verbetering.

Vooraf kleinere organisaties zijn niet in het bezit van een certificaat, mogelijk omdat certificeren een financiële investering vereist (IGZ, 2009). Op dit moment zijn 84 organisaties HKZ-gecertificeerd (persoonlijke communicatie ActiZ, nov 2013).

WHO/UNICEF certificering

Borstvoeding is de beste voeding als het gaat om de gezondheid van moeder en kind. De WHO en UNICEF hebben in 1991 wereldwijd het 'Baby Friendly Hospital Initiative' (BFHI) gelanceerd om het geven van borstvoeding te bevorderen. Het accent ligt op verbetering van begeleiding en ondersteuning van borstvoeding in de zorg. Het implementatie- en certificeringprogramma van het BFHI wordt in Nederland gecoördineerd door stichting Zorg voor Borstvoeding (www.zorgvoorborsvoeding.nl).

In het kader van de certificering dienen alle instellingen voor moeder- en kindzorg er zorg voor te dragen:

1. dat zij een borstvoedingsbeleid op papier hebben, dat standaard bekend wordt gemaakt aan alle betrokken medewerkers.
2. dat alle betrokken medewerkers de vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. dat alle zwangere vrouwen worden voorgelicht over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven.
4. dat moeders binnen een uur na de geboorte van hun kind worden geholpen met borstvoeding geven.
5. dat aan vrouwen wordt uitgelegd hoe ze hun baby moeten aanleggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder moet worden gescheiden.
6. dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
7. dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven.
8. dat borstvoeding op verzoek wordt nagestreefd.
9. dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen wordt gegeven.
10. dat zij contacten onderhouden met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding en dat zij de ouders verwijzen naar borstvoeding organisaties.

Daarnaast is een belangrijk criterium voor goede zorg voor borstvoeding dat de instelling op geen enkele wijze reclame maakt voor kunstmatige zuigelingenvoeding, flessen of fopspenen. Momenteel zijn in Nederland 116 WHO/UNICEF certificaten afgegeven aan kraamzorgaanbieders (www.zorgvoorborsvoeding.nl). Hercertificering blijkt moeilijk (IGZ, 2009).

3.2.3 *Individuele zorgverlener*

Scholing, een beroepsprofiel en eisen gesteld aan de kwaliteit van de uitvoering van zorgregistraties van professionals borgen op dit niveau de kwaliteit van de zorg. Kraamzorgaanbieders hebben protocollen, standaarden en werkwijzers ontwikkeld. Een belangrijke activiteit ter bevordering van effectief handelen van professionals zijn bovendien 'evidence-based' richtlijnen.

Scholing

Om informatie te verzamelen over de kenmerken van de beroepsgroep van kraamverzorgenden heeft het Nivel in 2007 2.402 vragenlijsten verstuurd; daarvan zijn er 994 (41%) ingevuld terugontvangen (Wiegers, 2008). 68% van de kraamverzorgenden is ouder dan 40 jaar (Wiegers, 2008). Gemiddeld hadden de in het onderzoek opgenomen kraamverzorgenden ruim 12 jaar werkervaring, variërend van een jaar tot 42 jaar (Wiegers, 2008). Een op drie respondenten (34%) heeft ingevuld dat ze het werk voor een of meer keren heeft onderbroken, gemiddeld voor de duur van 11 jaar.

Voor de groep die gestopt is met werken als kraamverzorgende en daarna weer gaat werken was de gemiddelde leeftijd bij het stoppen 29 jaar. Voor de kraamverzorgenden die niet weer zijn gaan werken was dit 37 jaar. Belangrijkste redenen om te stoppen zijn problemen met werken op ongunstige tijden, zwangerschap en problemen met kinderopvang.

De variatie in initieel gevolgde opleidingen is groot (Wiegers, 2008). Bijna een derde (31%) van de respondenten heeft een verkorte opleiding gevolgd. 28% volgde een interne opleiding van een kraamzorgaanbieder. 17% heeft MDGO-VZ-lang afgerond. Overige opleidingen zijn: 3-jarige MBO beroeps opleidende leerweg (BOL; 7%), 3-jarig MBO beroepsbegeleidende leerweg (BBL; 2%), omscholing (5%), MDGO-VZ-kort (2%), kraamverzorgende (leerlingwezen; 5%). 13% geeft aan een andere opleiding te hebben gevolgd, bijvoorbeeld in service, internaat, bijscholing. 10% van de kraamverzorgenden heeft meer dan één opleiding gevolgd (Wiegers, 2008). Van de respondenten heeft 51% een diploma van na 1995. Daarnaast zijn herintreders werkzaam in de kraamzorg. Zij varieerden van ziekenverzorgenden tot verpleegkundigen. Soms beschikken zij over een gerichte bijscholing of (deel)kwalificatie (IGZ, 2009).

De kraamverzorgende is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van haar deskundigheid, bevoegdheid en bekwaamheid (Stichting FAOT, 2009). Kraamzorgaanbieders organiseren bij- en nascholingen, cursussen, themabesprekingen, intervisie en protocolleren handelingen (zie 4.2.2). Naast kraamverzorgenden in dienst van een kraamzorginstelling zijn er veel ZZP'ers werkzaam. De kwaliteit van ZZP'ers in de kraamzorg is onbekend en hun inzet wordt niet altijd geregistreerd (IGZ, 2009).

Het "Sociaal Overleg verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg" (SOVVT) heeft in 2009 een beroepscompetentieprofiel voor kraamverzorgenden opgesteld (Stichting

FAOT, 2009), waarin de werkzaamheden, beroepshouding en competenties van een kraamverzorgende worden beschreven.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) adviseert dat opvang en nazorg moeder en kind na problematische zwangerschap en/of bevalling een nadrukkelijke plek krijgen binnen opleiding tot kraamverzorgende.

Ontwikkelingen

Het SOVVT (Sociaal Overleg verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg) heeft TNO gevraagd onderzoek te doen naar de noodzaak van het verkorten van de 8-urige diensten in de kraamzorg t.b.v. de nieuwe cao VVT. Het onderzoek richt zich naast de noodzaak, op de gevolgen van het verkorten van de diensten, het 8 dagen achter elkaar werken en de mogelijkheden van grotere contracten voor kleine deeltijders. Dit tegen de achtergrond van toenemende flexibilisering in de kraamzorg in algemene zin. De resultaten van dit onderzoek worden begin september verwacht.

Er zijn twee beroepsverenigingen waar kraamverzorgenden deel van uitmaken: de NBvK en V&VN (een fusie van voormalige beroepsvereniging STING en het landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) en V&VN).

De NBvK startte in 2009 een kwaliteitsregister voor kraamverzorgenden (www.NBvK.nl). Voorwaarden voor inschrijving waren:

- Beschikken over een erkend diploma (zie boven)
- In een jaar minimaal 250 uur werken in de kraamzorg

In 2012 is deze registratie overgenomen door het KCKZ. Criteria voor (her) registratie van de kraamverzorgenden zijn door het KCKZ geformuleerd.

Ontwikkelingen

In 2012 is het kenniscentrum kraamzorg (KCKZ) opgericht door ActiZ, BTN en NBvK. Eén van de voornaamste doelen van het KCKZ is het realiseren van een landelijk kwaliteitsregister voor kraamzorgprofessionals. Het KCKZ wil via het kwaliteitsregister opleidingsniveau en na- en bijscholing van kraamverzorgenden in beeld brengen. Met hun registratie krijgen kraamverzorgenden toegang tot actuele kennis en onderzoeken. Daarnaast kunnen ze ervaringen delen met collega's binnen een netwerk van kraamzorgprofessionals. Ze legt haar focus op kennisborging, kennisverspreiding en kennisontwikkeling waarmee de kraamzorgsector zich kan ontwikkelen tot een volwaardige partner in de keten van geboortezorg.

Zorgverzekeraars hebben hun eigen zorgcontracteer beleid voor kraamzorgorganisaties en hebben hun eigen kwaliteitseisen bijvoorbeeld verplichte bij- en nascholing, certificering, protocollair handelen en samenwerking in de keten (NZa, 2012).

Protocollen en richtlijnen

Kraamzorgaanbieders beschikken over eigen protocollen en richtlijnen ter ondersteuning van het professioneel handelen van kraamverzorgenden, met uitzondering van die voor vroegsignalering van (psychosociale) problemen. Daarnaast zijn er een paar landelijke, multidisciplinaire, evidence-based richtlijnen voor het handelen van de kraamverzorgende. De richtlijnen Preventie Wiegendood, Borstvoeding en Hyperbilirubinemie bevatten evidence-based aanbevelingen voor het handelen van kraamverzorgenden.

- De richtlijn *Preventie Wiegendood* (www.ncj.nl) (2007) bevat aanbevelingen voor werkers in de gezondheidszorg die in de dagelijkse praktijk met de advisering aan ouders te maken hebben. Hier vallen ook kraamverzorgenden onder. Om het risico van wiegendood zo veel mogelijk te verkleinen adviseert de richtlijn de volgende preventieve maatregelen:
 - Leg de baby altijd op de rug te slapen
 - Rook niet tijdens de zwangerschap en rook ook niet na de geboorte in het bijzijn van de baby
 - Zorg dat de baby niet te warm ligt
 - Zorg voor een veilige slaapomgeving
 - Zorg voor een veilige situatie wanneer de baby wakker is
 - Borstvoeding verlaagt het risico van wiegendood aanzienlijk.De richtlijn Preventie Wiegendood is geautoriseerd door de AJN en de NVK, (nog) niet door een beroepsvereniging voor kraamverzorgenden.
- De richtlijn *Borstvoeding* (2012) (www.richtlijnborstvoeding.nl) voor de begeleiding en ondersteuning bij borstvoeding is ontwikkeld voor diegenen die te maken hebben met moeders die borstvoeding (willen) geven. Dit zijn kraamverzorgenden, maar ook verloskundigen, lactatiekundigen, artsen, verpleegkundigen, (dokters)assistenten en diëtisten in ziekenhuizen en organisaties voor thuis- en/of kraamzorg en vrijwilligers bij de borstvoeding organisaties. De richtlijn kwam tot stand op initiatief van TNO. Een grote groep vertegenwoordigers van professionals, waaronder verloskundigen (KNOV) en kraamverzorgenden (NBvK), ontwikkelde de richtlijn. De richtlijn is in 2012 geautoriseerd door de NBvK.
- De richtlijn *Hyperbilirubinemie (geelzien)* (www.babyzietgeel.nl) bevat taken en aanbevelingen per beroepsgroep, onder andere voor verpleegkundigen en kraamverzorgenden voor de preventie van hyperbilirubinemie voor kinderen vanaf een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken. De (vernieuwde) multidisciplinaire en 'evidence-based' richtlijn is op initiatief van kinderartsen (NVK) ontwikkeld. Meerdere beroepsverenigingen werkten mee aan deze richtlijn: verloskundigen (KNOV), de jeugdartsen (AJN), huisartsen (NHG), verloskundig actieve huisartsen (VVAH), gynaecologen (NVOG), kraamverzorgenden (STING) en de landelijke vereniging Kind en Ziekenhuis.

Daarnaast zijn er richtlijnen die niet direct ingaan op het effectief handelen van de kraamverzorgende, maar die als achtergrondinformatie kunnen dienen voor onder andere individuele zorgverleners, kraamzorgaanbieders, beleidsmakers, richtlijnontwikkelaars.

De richtlijn Zwangerschap en Kraamperiode (2012) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) beschrijft de huisartsgeneeskundige zorg voor de zwangere,

de kraamvrouw en de pasgeborene (www.NHG.nl). Aan de orde komen onder andere borstvoeding en aandachtspunten en problemen tijdens zwangerschap en de kraamperiode.

Internationaal is een Engelstalige richtlijn 'Postnatal Care' (2006), ontwikkeld door het 'National Institute for Health and Clinical Excellence' (NICE) (www.NICE.org.uk) beschikbaar. In de richtlijn wordt de zorg voor kinderen tot de leeftijd van acht weken in het Verenigd Koninkrijk beschreven. De richtlijn is bedoeld voor ouders en professionals die deze zorg in de praktijk leveren.

Ontwikkelingen

Er zijn verschillen geconstateerd tussen landelijke protocollen en richtlijnen enerzijds en werkinstructies en protocollen gemaakt door de lokale kraamzorgaanbieders, anderzijds. Het KCKZ gaat aanbevelingen doen om deze verschillen te overbruggen. Zij gaan zorgen voor landelijke protocollen en richtlijnen om de kwaliteit van de kraamzorg te bestendigen. (www.kenniscentrumkraamzorg.nl)

3.2.4 Werkzaamheden

Kraamzorg is effectief als door kraamverzorgenden uitgevoerde werkzaamheden (zie 2.3) bijdragen aan het behalen van de beoogde doelen. Wanneer een activiteit effectief is, maar niet of slechts gedeeltelijk wordt uitgevoerd door de kraamverzorgenden, zullen de beoogde effecten achterwege blijven. Omgekeerd geldt dat een niet werkzame activiteit, ook niet de beoogde effecten zal bewerkstelligen.

Herschderfer et al. (2001) onderzochten welke activiteiten in de kraamzorg van essentieel belang zijn op basis van bewijs uit wetenschappelijk onderzoek. Van de in totaal 47 beoordeelde handelingen werden er 35 als (mogelijk) effectief beoordeeld. Een klein aantal handelingen bleek niet effectief (n=2) of zelfs schadelijk (n=3). Van zeven handelingen kon op basis van literatuur of consensus geen uitspraak gedaan worden.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn verwerkt in het huidige LIP (ActiZ et al., 2008). Momenteel wordt opnieuw bekeken of het bestaande LIP modernisering behoeft.

Ontwikkelingen

In het kader van het programma Klaar voor een Kind worden binnen de schakel geboortezorg bestaande interventies verbeterd en nieuwe interventies ontwikkeld. Op tijd herkennen van risicofactoren en interveniëren bij elke (aanstaande) zwangere is van groot belang. Met behulp van expertisegroepen zullen 'evidence-based' zorgprotocollen op het gebied van bevalzorg en kraamzorg ontwikkeld worden. In dit onderzoek worden via een baselinemeting, tussentijdse evaluaties en een nameting de effecten van de interventies geëvalueerd (www.kennispoortverloskunde.nl).

4 Opbrengsten en kosten van de zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we de literatuur over de opbrengsten van kraamzorg, in de laatste paragraaf staan de kosten.

4.1 Opbrengsten

In aansluiting op het doel van kraamzorg en het bijbehorende takenpakket werd de literatuur die betrekking heeft op de gezondheidswinst door kraamzorg geïventariseerd. De volgende aspecten werden onderzocht:

- Stimuleren van welzijn en zelfredzaamheid door de kraamzorg
- Signaleren van gezondheidsrisico's
- Preventie van wiegendood
- Voorkomen van Shaken Baby Syndroom (SBS)
- Realiseren van geslaagde borstvoeding
- Vroegsignalering van psychosociale problematiek

Stimuleren van welzijn en zelfredzaamheid

In 2002 was tachtig procent van alle kraamvrouwen aan het einde van de kraambedperiode geheel in staat de verzorging van de baby en hen zelf op zich te nemen (Herschderfer, 2002), 20% van de vrouwen was niet zeker dat zij de taken die behoren bij hun (nieuwe) rol als moeder aankunnen. Bij 4% van de kraambedden gaven verloskundigen en kraamverzorgenden aan dat zij niet zeker waren van het functioneren van de kraamvrouw in haar (nieuwe) moederrol.

30-40% van de kraamvrouwen zei zich niet in staat te voelen zware huishoudelijke taken te verrichten (Herschderfer, 2002). 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 het kraambed. Zij uitten ook een grotere behoefte aan zorg na de kraamtijd (Herschderfer, 2002).

Er zijn aanwijzingen dat de omvang van kraamzorg het welzijn en zelfredzaamheid van vrouwen beïnvloedt. Vrouwen met minder dan 6 uur kraamzorg per dag of degenen 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. In een meta-analyse (de Vos en Ruiten 2004) is gevonden dat pariteit en het ontvangen van meer dan zes uur kraamzorg per dag positieve invloed hebben op de mentale gezondheid en op de vitaliteit van de kraamvrouw. Eén van de conclusies is dat het aantal uren gemiste kraamzorg het welbevinden van de moeder negatief beïnvloedt en mogelijk een predisponerende factor is voor postpartum depressie.

De rol van de partner/vader en de mate van zijn welzijn en zelfredzaamheid is niet bekend, ondanks het feit dat de rol van de vader in de afgelopen decennia bij de verzorging van kinderen is toegenomen.

Signaleren van gezondheidsrisico's

Herschderfer onderzocht in 2001 en 2002 de inhoud en effectiviteit van kraamzorg (Herschderfer, 2001; Herschderfer 2002). Als (mogelijk) effectieve handelingen t.b.v. het signaleren van gezondheidsrisico's werden aangemerkt (Herschderfer, 2001):

- Controle op bloedverlies eerste twee uur post partum
- Dagelijkse controle en registratie van temperatuur, pols, bloedverlies en ontlasting bij de vrouw
- Dagelijkse controle van buik (baarmoederstand), perineum, borsten en benen
- Dagelijkse controle mictiepatroon
- Informeren geestelijk welzijn
- Dagelijkse controle en registratie lichaamstemperatuur, kleur en ademhaling van de baby
- Dagelijks observeren tonus, motoriek en gedrag van de baby
- Dagelijks observeren mictie, ontlasting en spugen bij de baby

Daarnaast inventariseerde Herschderfer (2002) bij 629 kraambedden de kraamzorgactiviteiten. Er werd een grote overeenstemming gevonden tussen de activiteiten die per kraamdag werden verricht en de (op basis van wetenschappelijke literatuur of consensus) aanbevolen activiteiten. Bij meer dan 90% van de kraambedden werden bij de moeder dagelijks temperatuur, pols, baarmoederstand en kraamzuivering gecontroleerd (Herschderfer, 2002). Ook de temperatuur, ademhaling, kleur, navelstompje, urine en ontlasting bij de baby werden bij meer dan 90% van de kraambedden dagelijks gecontroleerd (Herschderfer, 2002).

Gemiddeld werd in het onderzoek van Herschderfer door de kraamverzorgende 37 minuten per dag besteed aan verzorging en controle van de kraamvrouw, dat was 9% van de totale beschikbare tijd (Herschderfer, 2002). 55 minuten (14%) werden besteed aan verzorging en controle van de baby. In totaal werd 44% van de tijd niet-zorginhoudelijk besteed. In die tijd voerde de kraamverzorgende huishoudelijke taken uit, ontving bezoek, zorgde voor de opvang van andere kinderen enzovoort (Herschderfer, 2002). Hierbij dient benadrukt te worden dat cijfers uit 2002 stammen. Door de invoering van het LIP is hier mogelijk verandering in gekomen, maar daar zijn geen cijfers over.

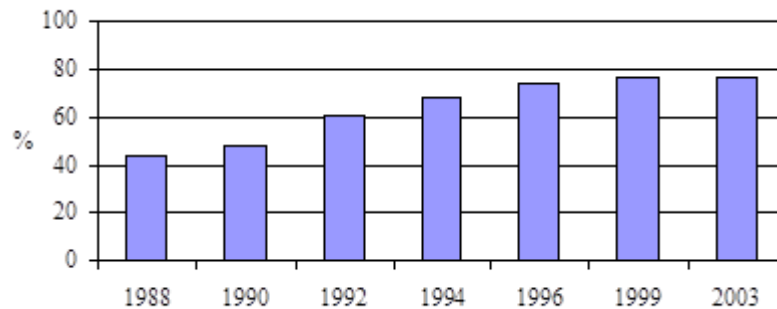
Dagelijks werden er in 12% tot 15% van de kraambedden problemen gesignaleerd, verspreid over alle kraamdagen (Herschderfer, 2002). In enkele gevallen leidde signalering tot ziekenhuisopname. (Herschderfer, 2002).

Preventie van wiegendood

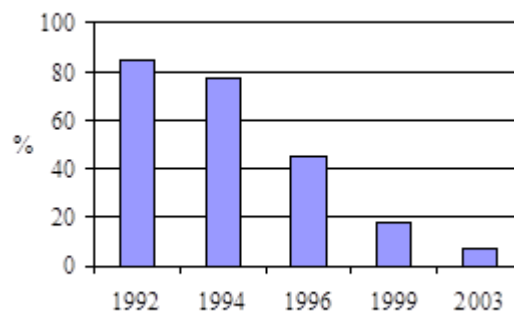
Alle nieuwe ouders in Nederland ontvangen (identieke) preventieve adviezen om hun baby veilig te slapen te leggen. De kraamverzorgende is degene in de zorgketen die met de implementatie van deze adviezen begint. Zij waarschuwt voor de risico's op wiegendood bij het op-de-buikslapen. Zij leert de ouders hun baby op de rug te slapen te leggen (figuur 1). In de praktijk legt nu >80% van de ouders de zuigeling altijd op de rug te slapen. De kraamverzorgende beoordeelt ook het beddengoed dat gebruikt wordt op veiligheid (geen dekbed of kussens, geen zacht matras, figuur 2). Dit heeft ertoe geleid dat het dekbed in de wieg niet meer gebruikt wordt. In 1992 was er nog bij >80% van de zuigelingen een dekbed in de wieg, nu

is dat <5%. Zij adviseert niet te roken bij de baby en waarschuwt voor het risico bij slapen met de ouders in hun bed. Van Wouwe beschrijft dat de kraamverzorgende de ouders met het op gang komen van de borstvoeding, het goed gebruik van de fopspeen en de trappelzak helpt. Ook deze laatste drie adviezen hebben de incidentie van wiegendood in Nederland verder verlaagd. Het feit dat de ouders in Nederland in de gehele zorgketen bij herhaling dezelfde preventieve adviezen krijgt, onderscheidt ons land van andere westerse landen van Wouwe, 2006). Er zijn kwetsbare groepen die de adviezen slechter opvolgen: laagopgeleide ouders, tienermoeders, ouders met een niet-westerse achtergrond die pas kort in Nederland zijn en laaggeletterden (L'Hoir et al., 2013).

Implementatie van maatregelen ter voorkoming van wiegendood wordt door Herschderfer et al. aangemerkt als een effectieve handeling (Herschderfer, 2001). De wiegendoodpreventie heeft in Nederland jaarlijks naar schatting 180 sterfgevallen voorkomen (L'Hoir et al., 2013). Na 1987 is de incidentie van wiegendood in Nederland geleidelijk gedaald tot de laagste van alle Westerse landen (L'Hoir et al., 2013).



Figuur 1: Prevalentie rugligging in Nederland (L'Hoir et al., 2013).



Figuur 2: Prevalentie van gebruik dekbed in Nederland (L'Hoir et al, 2013).

Voorkomen van het Shaken Baby Syndroom (SBS)

Juist door de effectieve rol bij de wiegendoodpreventie krijgt de kraamverzorgende nu ook een belangrijke rol in de preventie van het Shaken Baby Syndroom (SBS), een vorm van kindermishandeling met aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit waarbij meestal de ouder/verzorgster het jonge kind heftig schudt, vaak in reactie op overmatig huilen. In Nederland komen jaarlijks 25 – 40 kinderen op de eerste hulp met intracraniale bloedingen, waarschijnlijk als gevolg van schudden. Jaarlijks overlijden 3 – 4 kinderen aan SBS (CBS Statline via www.cbs.nl); 6-13% van de

Nederlandse ouders geeft aan hun baby in de eerste maanden te hebben gesmoord, geslagen of geschud in reactie op huilen (Reijneveld, 2004). Preventie is mogelijk. Een Amerikaanse studie laat een reductie van 47% in de incidentie van het SBS zien door een primair preventieve aanpak (Dias, 2005). Deze aanpak bestaat uit het geven van informatie aan ouders van een pasgeboren baby door de kraamverzorgende over de oorzaken, gevolgen en preventie van het schudden van een baby.

Ontwikkelingen

In 2010 is een pilot uitgevoerd naar de haalbaarheid van een landelijk preventie programma. Er is een voorlichtingsfilm Niet Schudden – Breekbaar gericht op kraamverzorgenden en ouders gemaakt. Kraamverzorgenden reageerden positief. Momenteel (2011-2014) wordt door TNO een implementatieonderzoek uitgevoerd met subsidie van de Bernard van Leer Foundation naar het effect van de voorlichting ter preventie van het SBS in Amsterdam en Den Haag. Het doel is de haalbaarheid van grootschalige implementatie van de aanpak ter preventie van SBS te toetsen en uiteindelijk de incidentie van SBS in Nederland te reduceren. Het effect van de implementatie wordt getoetst op twee niveaus:

- 1) implementatiestudie: procesevaluatie bij ouders en zorgverleners (verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdgezondheidszorgmedewerkers);*
- 2) effectstudie: gedrags- en kennisverandering bij ouders voor en na scholing, aantal opnames op de Spoed Eisende Hulp (SEH) als gevolg van schade door schudden en aantal overleden kinderen.*

Geslaagde borstvoeding

Vanaf 2001 werden door TNO regelmatig landelijke peilingen melkvoeding van zuigelingen uitgevoerd. Doel van de peilingen was het vaststellen van de prevalentie van (geslaagde) borstvoeding. De laatste peiling was in 2010. Toen startte 75% van de moeders met borstvoeding (Lanting & Rijpstra, 2011). Alle peilingen lieten een snelle daling van de borstvoedingspercentages in de eerste levensmaand zien. In 2010 daalde het percentage in de eerste maand van 75% naar 46% (n=1.444) (Lanting & Rijpstra, 2011). Bij navraag is de meest door moeders genoemde reden om in de eerste maand te stoppen met borstvoeding “te weinig melk” (Lanting & van Wouwe, 2007). Dit is opvallend omdat het leeuwendeel van de moeders fysiologisch in staat is om voldoende borstvoeding te geven. Inadequate drinktechniek of het onvoldoende vaak aanleggen van het kind zou, indien onopgemerkt, dit effect kunnen veroorzaken. Tijdens de eerste maand na de bevalling wordt bovendien vaak aangegeven dat het geven van borstvoeding pijnlijk is (Lanting & van Wouwe, 2007).

Kraamverzorgenden ondersteunen de moeder conform de evidence-based, multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (zie paragraaf 3.2.3) bij het opgang brengen van borstvoeding, leggen de basisprincipes van voeden op verzoek (geen beperking in duur en frequentie) uit en leren de moeder om goed aan te leggen en zo problemen als tepelkloven en borstontsteking te voorkomen. De kraamverzorgende adviseert bovendien over het gebruik van een fopspeen en signaleert problemen bij het kind (zoals korte tongriem, hypoglykemie en uitdroging bij borstvoeding). Professionele ondersteuning bij eerste borstvoeding wordt door Herschderfer et al. aangemerkt als een effectieve handeling (Herschderfer, 2001). Als schadelijke handeling benoemt zij het geven van bijvoeding (inclusief water en venkelthee) aan borstgevoede kinderen.

Ontwikkelingen

Ten behoeve van deze kennissynthese kraamzorg werd een secundaire data analyse uitgevoerd op data van de Peilingen Melkvoeding 2001 t/m 2010 (N=15.000). Een ruwe analyse liet zien dat vrouwen die op dag 8 nog kraamzorg kregen vaker volledig borstvoeding (=succesvol gestart zijn met borstvoeding) gaven (72,7%) dan vrouwen die op dag 8 al geen kraamzorg meer kregen (67,0%). Dit verschil is significant en ook na correctie voor het opleidingsniveau blijft het verschil in succesvol starten met borstvoeding tussen de groepen statistisch significant (Lanting, ongepubliceerd).

Er zijn aanwijzingen dat WHO/UNICEF certificering (zie paragraaf 3.2.2) van kraamzorgaanbieders een voordelig effect heeft op het percentage geslaagde borstvoeding (Lanting en van Wouwe, 2007): 72% van de moeders met gecertificeerde kraamzorg gaf op de achtste dag nog exclusief borstvoeding, tegenover 62% in de groep die niet gecertificeerde zorg ontving. Dit verschil was statistisch significant (OR 1,30; 95% BI 1,03-1,66).

Geslaagde borstvoeding is onderdeel van de indicatorenset die wordt gehanteerd om de kwaliteit van kraamzorgaanbieders te vergelijken (zie verder 3.2.2). Uit de benchmark van ActiZ (2012) komt naar voren dat 90,5% van de organisaties die lid zijn van ActiZ (n=25) in staat is een geslaagde borstvoeding te bewerkstelligen. Hoe dit zich verhoudt tot individuele zorgverleners komt niet naar voren uit de rapportage (ActiZ, 2012).

Vroegsignalering van psychosociale problematiek

Kraamverzorgenden zijn de enige zorgverleners die een aantal dagen achter de voordeur verkeren. Het stelt hen in de gelegenheid om te signaleren of er problemen zijn in het gezin (Leijdekker, 2011). Tijdens een proefimplementatie is de Checklist Vroegsignalering (zie paragraaf 2.4) toegepast in ruim 400 kraamgezinnen. Uit de pilot bleek dat kraamverzorgenden na training konden werken met de checklist. Tijdens de pilot zijn met betrekking tot bijna 9% van de cliënten signalen naar de jeugdgezondheidszorg gerapporteerd (Vink & Detmar, 2012).

Het instrument voor vroegsignalering van (psychosociale) problemen wordt nog weinig toegepast in de kraamzorg (IGZ, 2009). Vroegsignalering bleek te worden belemmerd door onvoldoende communicatie en vaak gebrekkige samenwerkingsverbanden (IGZ, 2009). Een van de oorzaken bleek het ontbreken van protocollen voor vroegsignalering (IGZ, 2009).

Leydekker interviewde in 2011 22 kraamverzorgenden over hoe zij denken over het signaleren van zorgwekkende opvoedsituaties in hun dagelijkse praktijk. De kraamverzorgenden gaven aan dat ondanks de gelegenheid om te signaleren dit nog te weinig gebeurt. Als kraamverzorgenden zorgen hebben twijfelen zij aan hun observaties, tenzij het om duidelijk waarneembare mishandeling gaat (Leijdekker, 2011). Ze ervaren een spanningsveld tussen hun signaleringstaak en de vertrouwensrelatie met het gezin (Leijdekker, 2011). Het bespreken met ouders van zorgen wordt als zeer moeilijk ervaren en gebeurt daarom vaak niet (Leijdekker, 2011). De kraamverzorgenden ervaren bovendien een gebrek aan samenwerking en onbekendheid met de JGZ. Veel observaties gaan zo verloren. Leijdekker

concludeerde dat er meer kennis bij kraamverzorgenden nodig is om vroegsignalering te integreren in de dagelijkse praktijk (Leijdekker, 2011).

4.2 Kosten voor kraamzorg

Totale kosten voor kraamzorg in Nederland bedroegen in 2012 288,6 miljoen euro, dit is 17,28 euro per verzekerde per jaar (zorgcijfersdata via www.CVZ.nl, laatst geactualiseerd op 23-04-2013). Uitgaande van 184.397 (CBS Statline via www.CBS.nl) levendgeborenen in 2010 bedragen de gemiddelde kosten per zwangere dan naar schatting 1.565 euro. Totale kosten per zwangere voor de zorg rondom zwangerschap en geboorte bedroegen in 2010 naar schatting 4.763 euro (NZa, 2012)

Uit de benchmark (ActiZ, 2012) komt naar voren dat in 2010-2011 het aandeel directe kosten 73% bedroeg van de totale kosten. Het aandeel overhead is 15%. Ter vergelijking, medische afdelingen van ziekenhuizen hebben een overhead van 42%. In 2010-2011 was de nettomarge van kraamzorgaanbieders 2%. In 2011 heeft NZa kostenonderzoek naar kraamzorg laten doen met als resultaat 1,5% (NZa, 2012).

Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van kraamzorg werd in de literatuur niet gevonden.

5 Beschouwing

Naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterfte zijn in Nederland diverse maatregelen genomen om de zorg rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren. Ook de kraamzorg speelt in op deze veranderingen. Doel van het hier voorliggende rapport is het bundelen van kennis over de effectiviteit van de kraamzorg, en het doen van aanbevelingen ter optimalisatie daarvan.

Kraamzorg is een directe vorm van zorg waarbij het gezin centraal staat. De kraamverzorgende geeft voorlichting en instructie voert de basishuishoudelijke taken uit, observeert, signaleert en rapporteert aan de verloskundige/casemanager en aan de kraamzorginstelling. Uitgangspunt is dat ouders na de kraamperiode in staat zijn zelfstandig hun kind te verzorgen en dat de moeder haar gebruikelijke rol weer kan vervullen. Gebaseerd op onderzoek uit 2002 lukt dat bij j 80% van de kraamvrouwen. De tevredenheid van moeders over de kraamverzorging is groot. Er zijn bovendien aanwijzingen dat kraamzorg effectief is in het signaleren van gezondheidsrisico's bij moeder en kind, preventie van wiegendood en het tot stand brengen van geslaagde borstvoeding. Aandachtspunt blijft de groep allochtone zwangeren.

Kennis over kwaliteit van de zorg

In het kader van deze kennissynthese inventariseerden we de wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke literatuur (zg. 'grijze literatuur'), alsmede lopend (nog niet afgerond) Nederlands onderzoek. Het Nederlandse kraamzorgmodel is uniek, mede daardoor bleken wetenschappelijke artikelen nauwelijks voorhanden. Deze synthese is daarom gebaseerd op niet-strikt-wetenschappelijke, zgn. 'grijze' rapporten en publicaties. Vanwege de praktische aard van deze publicaties werd daarbij wel goed zicht verkregen op de ontwikkelingen in het veld. Vooral de inventarisatie van nog lopend onderzoek heeft hier aan bijgedragen.

Het meten van de kwaliteit van zorg is essentieel. Gegevens over de zorg worden op verschillende plaatsen opgeslagen, bijvoorbeeld binnen de gebruikte ICT systemen van de sector, bij de zorgverzekeraars, bij Zichtbare Zorg tot 2013 en momenteel bij het kwaliteitsinstituut, Er zijn geen gepubliceerde rapportages gevonden waaruit blijkt hoeveel kraamzorgorganisaties hieraan deelnemen. Alleen interne data van ActiZ geven aan dat een kleine minderheid van de kraamzorgorganisatie niet deelnam in 2012. ActiZ produceert sinds 2011 een benchmark met de resultaten van een deel van de bij hen aangesloten organisaties. Omdat het aantal deelnemende organisaties in de benchmark van ActiZ per jaar niet groot is werden resultaten over enkele jaren samengevoegd, maar dan nog konden in 2012 maar vier van de tien zorginhoudelijke indicatoren met voldoende betrouwbaarheid gerapporteerd worden (ActiZ, Benchmark in de Zorg, 2012). Vanuit statistisch oogpunt is het aantal kraamzorgorganisatie beperkt waardoor de gemeten resultaten variëren ook vanwege natuurlijke fluctuaties. Omdat uitkomsten van metingen op niveau van zorgaanbieders worden gerapporteerd is de betrouwbaarheid daarvan moeilijk in te schatten. Inzicht in het aantal kraamverzorgenden dat aan de registratie deelneemt, is hiervoor noodzakelijk. Aanbevolen wordt daarom altijd het aantal deelnemende kraamverzorgenden in iedere rapportage te vermelden.

De meest optimale zorg wordt bereikt als op alle kwaliteitsaspecten goed is gescoord. Op dit moment is verbetering van communicatie (IGZ, 2009), (ervaren) continuïteit in de zorg en organisatie van zorg (Actiz, 2012) en een toegenomen doelgroepgerichtheid van de zorg vooral nodig, naast de aandacht voor tijdigheid en veiligheid van kraamzorg (IGZ, 2009). Het verdient de voorkeur om, naast enkele procesindicatoren, ook een beperkt aantal uitkomstindicatoren te registreren. Er kan gekozen worden om hiervoor samen te werken met Perinatale Registratie Nederland waarin verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en verloskundig actieve huisartsen hun zorg registreren. De registratie zou dan uitgebreid moeten worden met uitkomstindicatoren specifiek voor de kraamzorg. Bijkomend voordeel daarvan is dat informatie vanuit de kraamzorg zo te relateren is aan informatie vanuit de keten zwangerschap en geboorte. Een andere mogelijkheid is om uitkomst indicatoren zoals 'geslaagde borstvoeding' en 'preventie wiegendood' te monitoren door het regelmatig uitvoeren van surveys onder cliënten (bijvoorbeeld via landelijke peilingen). Samen met de kraamzorgaanbieders moet worden nagegaan welke proces- en uitkomstindicatoren het beste gemeten kunnen worden en welke registratiewijze hiervoor het meest geschikt is.

Het is eveneens belangrijk de ervaringen van cliënten met kraamzorg regelmatig te monitoren. Hiervoor wordt nu tweejaarlijks de CQ-Index afgenomen door geaccrediteerde meetorganisaties. Inzicht in de wijze waarop dit gebeurt en de respons ervan is nodig voor interpretatie van die resultaten.

Gegevens over de effectiviteit van kraamzorg zijn schaars. Bij kraamzorgaanbieders en kennisinstituten zijn resultaten beschikbaar van (praktijk gericht) onderzoek. Deze gegevens en resultaten zijn echter moeilijk toegankelijk. In het kader van de kwaliteitsbewaking is het wenselijk alle in het veld aanwezige kennis op een centrale plaats, zoals het KCKZ, te registreren en toegankelijk te maken alsmede lopende initiatieven die beogen de (kosten)effectiviteit van kraamzorg te optimaliseren. Hierbij is het vooral van belang de (methodologische) kwaliteit van de aangeleverde informatie te bewaken.

Onderzoek naar de effectiviteit van kraamzorg wordt bemoeilijkt doordat vrijwel alle vrouwen in Nederland na de bevalling kraamzorg krijgen. Het vaststellen van verschillen in uitkomsten tussen vrouwen die wel of geen kraamzorg ontvangen is daardoor onmogelijk. Effecten van verschillende strategieën om kraamzorg te verlenen kunnen wel worden onderzocht, maar dit wordt nog te weinig gedaan. Een voorbeeld van een initiatief waarbij de effecten wel worden onderzocht is een project in Drenthe waarbij het effect van vervroegde partusassistentie wordt gemeten. Bij een dergelijk onderzoek zouden de uitkomsten zoveel mogelijk gerelateerd moeten worden aan de doelen van kraamzorg (het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind, het vroegtijdig signaleren van (psychosociale) risico's, problemen en complicaties en het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan hun nieuwe rol), maar ook cliëntervaringen, ervaringen van professionals en kosten voor zorg zijn van belang. Bij bewezen effectiviteit kan landelijke implementatie aangewezen zijn.

Kennis over kraamzorg is onderdeel van kennis over de keten van geboortezorg. Traditioneel is kennis gebonden aan professionele grenzen, terwijl geboortezorg over grenzen van professies heen wordt geleverd. De kwaliteit van de geboortezorg

hangt nauw samen met de kwaliteit van de afstemming binnen de keten van zorg. Verbanden voor het uitwisselen van kennis buiten de grenzen van de kraamzorg dienen te worden vastgelegd.

Bijdrage van kraamzorg aan de keten van geboortezorg

De kraamverzorgende geeft voorlichting en instructie aan de kraamvrouw en haar (eventuele) partner, voert huishoudelijke taken uit, observeert, signaleert en rapporteert aan de verloskundige/casemanager en aan de kraamzorginstelling. De basistaken van de kraamzorg worden onderscheiden in activiteiten samenhangend met de intake (vaststellen van de zorgbehoefte), (vervroegde) partusassistentie / -ondersteuning en verzorging in het kraambed. Veranderingen in de geboortezorg leiden tot een uitbreiding van taken. Sinds 2008 is vroegsignalering in de kraamtijd aan het takenpakket toegevoegd. Om deze taak effectief te kunnen uitvoeren is goede overdracht van gesignaleerde problemen aan huisarts en /of verloskundige en/of JGZ onontbeerlijk. IGZ concludeert in haar rapport (2009) echter dat met name deze communicatie beter kan en moet. Het is wenselijk om 'kraamzorg als onderdeel van de keten' nadrukkelijk te benoemen, apart van en bovenop de zorginhoudelijke en signalerende taak ervan. Het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid ontwikkelde daartoe het standpunt 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg'. Dit standpunt wordt momenteel geïmplementeerd. Landelijke protocollen voor de communicatie en gegevensoverdracht tussen kraamverzorgende en verloskundige en voor gegevensoverdracht naar de huisarts ontbreken echter nog; deze moeten mee worden ontwikkeld.

Er zijn in Nederland ruim 9.000 kraamverzorgenden bewerking data ZiZo door ActiZ, 2011). Exacte aantallen ontbreken. Een derde van de kraamverzorgenden onderbreekt het werk voor gemiddeld 11 jaar. Het aantal kraamverzorgenden dat de arbeidsmarkt (opnieuw) betreedt is niet bekend. De variatie in gevolgde opleidingen is groot. En veel herintreders zijn werkzaam in de kraamzorg (Wiegers, 2008). Naast kraamverzorgenden in dienst van kraamzorgaanbieders zijn ook ZZP'ers werkzaam. Hun inzet wordt niet altijd geregistreerd (IGZ, 2009). Daarom is het lastig in te schatten hoe groot de werkelijke capaciteit is. Voor een kwalitatief goede kraamzorg is voldoende aanbod van kraamverzorgenden een voorwaarde. Het ontbreken van exacte cijfers maakt het lastig een beleid te voeren om de capaciteit op peil te houden. Het ontbreken van een beroepsregistratie bemoeilijkt bovendien de communicatie met individuele kraamverzorgenden. Beleidsverandering zal deze groep bijvoorbeeld slechts via indirecte kanalen (bijvoorbeeld via brancheverenigingen, kraamzorgaanbieders of beroepsvereniging) bereiken, of in het geheel niet. Ondersteuning van de beroepsregistratie voor kraamverzorgenden zoals is gestart door het KCKZ, wordt daarom aanbevolen.

Kraamzorg thuis lijkt effectief in het signaleren van gezondheidsrisico's bij moeder en kind en het tot stand brengen van geslaagde borstvoeding. Het succes van maatregelen ter preventie van wiegendoed wordt over het algemeen zelden toegeschreven aan de kraamzorg. Toch behoren deze preventie maatregelen ook tot de taak van de kraamverzorgende: waarschuwen voor op de buik slapen, advies over de veiligheid van beddengoed en de slaapplek van het kind (geen dekbed, niet bij de ouders in bed), advies om niet te roken en advisering en ondersteuning bij borstvoeding. De toepassing van deze aanbevelingen in de praktijk is samengegaan met een afname van de incidentie van wiegendoed. Na 1987 is de

incidentie in Nederland gedaald tot de laagste van alle Westerse landen (L'Hoir et al, 2013). Juist door deze effectieve rol bij wiegendoodpreventie heeft de kraamverzorgende nu ook een belangrijke rol bij de preventie van Shaken baby Syndroom. Het verdient aanbeveling deze resultaten ook als resultaat van de kraamverzorgende te duiden.

Bevorderen van zelfredzaamheid is een belangrijk doel van de kraamzorg. Aan het einde van de kraambed periode is 80% van de kraamvrouwen geheel in staat de verzorging van de baby en hen zelf op zich te nemen (Herschderfer, 2002). Cliënten zijn bovendien zeer positief over de zorg die zij krijgen. Uitzonderingen hierop zijn de ervaren continuïteit in de zorg en de ervaren organisatie van zorg (ActiZ, 2012). Op deze aspecten wordt door kraamzorgaanbieders voldoende gescoord, maar is verdere verbetering wenselijk.

Onder niet-westerse allochtonen is de deelname aan kraamzorg lager dan onder autochtone en westerse allochtone vrouwen. Mantelzorg van familie wordt door allochtone gezinnen gezien als vervanging van kraamzorg (El Fakiri et al., 1999, Weg et al. 2013). De eigen bijdrage (4 euro per uur in 2013) voor kraamzorg vormt waarschijnlijk ook een belemmering voor het aanvragen van uren kraamzorg. Bovendien bleek bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst weinig kennis te bestaan over gezondheidsrisico's terwijl bekend is dat zij een kwetsbare groep vormen (IGZ, 2009). Ook blijkt de voorlichtende rol van de kraamverzorgende bij allochtonen niet goed tot haar recht te komen door taalproblemen.

De effectiviteit van de kraamzorg op het niveau van de individuele kraamverzorgende kan verbeterd worden door het ontwikkelen van landelijke, zo nodig multidisciplinaire, 'evidence-based' richtlijnen. Alle kraamzorgaanbieders beschikken nu over eigen protocollen, richtlijnen en werkwijzers. Er zijn drie landelijke richtlijnen voor de kraamzorg beschikbaar (Preventie Wiegendood, Borstvoeding en Hyperbilirubinemie). Deze zijn door hun omvang en taalgebruik nu nog minder geschikt voor gebruik door de kraamverzorgende (MBO-opleidingsniveau). Het verdient aanbeveling voor de kraamzorg meerdere richtlijnen over welomschreven onderwerpen te ontwikkelen. Onderwerpen voor zulke richtlijnen kunnen geprioriteerd worden aan de hand van een inventarisatie van bestaande protocollen, richtlijnen en werkwijzers. In de te ontwikkelen richtlijnen dient sprake te zijn van een helder taalgebruik, blijkend uit de resultaten van praktijktesten. Daarnaast is het van belang het KCKZ te ondersteunen bij de ontwikkeling van richtlijnen binnen de keten van de geboortezorg, en nieuwe en bestaande richtlijnen 'door te vertalen' naar de betekenis er van voor het werk van de kraamverzorgende. Voor alle richtlijnen geldt dat implementatie in het veld van de kraamzorg gewaarborgd dient te zijn. Mogelijk kan hiervoor inspiratie opgedaan worden bij de JGZ waar de afgelopen jaren een groot aantal richtlijnen ontwikkeld en een structuur voor de implementatie is opgezet.

6 Conclusies en Aanbevelingen

De kraamzorg is volop in beweging en het beroep van kraamverzorgende is in ontwikkeling. Veel kennis over de kraamzorg is gebaseerd op onderzoek uit 2002. Om de actuele waarde van kraamzorg te achterhalen wordt actualisering van relevante onderzoeksgegevens aanbevolen.

Belangrijk voor de bewaking van inhoud en kwaliteit van kraamzorg is een systeem waarin het handelen wordt geëvalueerd. Onderdeel is het (door)ontwikkelen van evidence-based of, indien evidence niet kan worden verkregen, consensus-based richtlijnen die worden omgezet in praktische handvatten ten behoeve van uniforme implementatie. Het KCKZ kan de regie voeren in dit proces gesteund door het veld en kennisinstituten waar ervaring is met richtlijnontwikkeling. Tevens hoort hierbij het vaststellen van een set van proces- en uitkomstindicatoren. Ook behoren implementatie en evaluatie onderdeel van het systeem te zijn.

De meest optimale zorg wordt bereikt als op alle kwaliteitsaspecten goed wordt gescoord:

Voor de inhoud van de zorg:

- De rol van kraamverzorgenden in de keten nadrukkelijk als taak te benoemen, naast de zorginhoudelijke en signalerende taken.
- Het bewaken van de kwaliteit van zorg door verbetering van (ervaren) continuïteit in de zorg en (ervaren) organisatie ervan, een toegenomen doelgroep gerichtheid.
- Doorontwikkelen van landelijke protocollen voor de communicatie en gegevensoverdracht tussen kraamverzorgende en verloskundige en gegevensoverdracht naar de huisarts.
- Naast procesindicatoren, uitkomstindicatoren registreren gerelateerd aan de primaire doelen van kraamzorg (continue óf via regelmatig uit te voeren surveys onder cliënten).
- Deze proces- en uitkomstindicatoren en hun meest geschikt registratiewijze vast te stellen samen met de kraamzorgaanbieders

Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg:

- Kennis over kwaliteit van de kraamzorg toegankelijk maken, en aandacht voor de methodologische kwaliteit van de aangeleverde informatie.
- Een traject opstarten om te komen tot landelijke, multidisciplinaire, 'evidence-based' of consensus-based richtlijnen: korte teksten met helder taalgebruik die in de praktijk getest zijn en geschikt voor de opleidingen.
- Onderwerpen voor richtlijnen prioriteren via inventarisatie van bestaande protocollen.
- Een systeem voor implementatie van deze richtlijnen opzetten om de uniforme uitvoering te waarborgen.
- Gezinnen van niet-Nederlandse afkomst vormen een kwetsbare groep en verdienen extra aandacht.
- Afschaffen van de eigen bijdrage voor kraamzorg overwegen.
- De (verplichte) beroepsregistratie voor kraamverzorgenden, gestart door het KCKZ, faciliteren

Voor onderzoek naar opbrengsten en effectiviteit van kraamzorg:

- Resultaten van programma's zoals de preventie van wiegendood ook als resultaat van de kraamzorg duiden.
- Evaluatie van veelbelovende, goed beschreven regionale initiatieven en indien effectief landelijk implementatie hiervan.

7 Referenties

- Ackerman, B., & Maycroft, L. (2008). Maternity support workers: Here to stay. *The Practising Midwife*, 11(8), 15-17.
- ActiZ, KNOV, LVG, STING, BTN, ZN. (2008). Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg; Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode.
- ActiZ. (2012). Werk aan de winkel; Achtergrondrapportage Benchmark in de Zorg 2012. Publicatienummer 12.026.
- Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, Prof. dr. J. van der Velden (voorzitter). (dec 2009). Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte
- Algemene Rekenkamer. (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 585, nr 1.
- Askelsdottir, B., Jonge, W. L. -, Edman, G., & Wiklund, I. (2013). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*,
- Bradley, P. J., & Bray, K. H. (1996). The netherlands' maternal-child health program: Implications for the united states. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 25(6), 471-475.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringir, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 173, 3 (253-259).
- College Perinatale Zorg (CPZ). (24 april 2013). Voortgangsrapportage werkgroep LIP.
- Davies, J. W. (2009). Giving birth to the maternity care assistant. *Practising Midwife*, 12(8), 20-22.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Applebaum, S., & Herrlich, A. (May 2013). Listening to mothers III: Pregnancy and childbirth. New York: Childbirth Connection.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (October 2002). Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association.
- De Vos, M. L. G., & Graafmans, W. C. (2007). Indicatoren voor de kraamzorg. ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen No. 260111004/2007). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Dias, M.S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., Shaffer, M.L. (2005) Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-based, Parent Education Program. *Pediatrics* 2005;115:470-7

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *J.Am.Med.Assoc.*, 260, 12, 1743-1748

El Fakiri, F., Hutten, J. B. F., & Kerkstra, A. (1999). Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. (beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders). UTRECHT: NIVEL.

Euro-Peristat Project with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. (2008). European Health Report. Data from 2004. Available: www.europeristat.com

Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. (2013). European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Available: www.europeristat.com

Griffin, R., Dunkley-Bent, J., & Malhotra, G. (2009). Building capacity to care: Learning for maternity support workers. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 7-11.

Griffin, R., Richardson, M., & Morris-Thompson, T. (2012). An evaluation of the impact of maternity support workers. *British Journal of Midwifery*, 20(12), 884-889.

Herschderfer, K. C., Offerhaus, P., Rijnders, M. E. B., Smit, Y., Sneeuw, K. C., & Buitendijk, S. E. (2001). Kraamzorg in Nederland: Een landelijk onderzoek. eindrapportage literatuur- en consensusonderzoek. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Herschderfer, K. C., Sneeuw, K. C. A., & Buitendijk, S. E. (2002). Kraamzorg in Nederland: Een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en evaluatieonderzoek. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Houben – van Herten, M. (jan 2013) Autochtone moeders maken vaker gebruik van kraamzorg dan allochtone moeders. (www.CBS.nl)

Hussain, C. J., & Marshall, D. J. E. (2011). The effect of the developing role of the maternity support worker on the professional accountability of the midwife. *Midwifery*, 27(3), 336-341.

Jonge de, A., Korfker, D. G., Vogels, T., Pal van der, S., Vink, R. M., Buitendijk, S. E., et al. (September 2007). In TNO (ed.), Preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode TNO.

Inspectie voor de gezondheidszorg. (2001). Kraamzorg: Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. Den Haag: ISG.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2009). Kraamzorg in ontwikkeling: Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten. Den Haag: IGZ.

Korfker, D. G., Herschderfer, K. C., De Boer, J., & Buitendijk, S. E. (2002). Kraamzorg in Nederland: Een landelijk onderzoek. eindrapportage 'kraamzorg voor allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen' No. PG/JGD 2002.159). Leiden: Preventie en Gezondheid.

Korfker, D. G., Lötters, V. H. M., & Pal van der - de Bruin, K.M. (2011). Kraamzorg in Nederland door de ogen van niet-westerse allochtone vrouwen. Leiden TNO/CH 2011.020

- Korfker, Dineke, Marlies Rijnders, Karin van der Pal-de Bruin, Symone Detmar (2012). The influence of the compulsory financial contribution on the use of maternity care assistance for migrants and people with low socioeconomic status. Poster 55 Kennispoort-Verloskunde; <http://www.kennispoort-verloskunde.nl/postersessie-kennispoort-2012.aspx>
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Landelijk Centrum Kraamzorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, STING Beroepsvereniging voor de Verzorging, & Zorgverzekeraars Nederland. (1999). Basiskwaliteitseisen kraamzorg
- Lanting, C.I., Van Wouwe, J.P. (2007). 'Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2007: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding' Leiden, TNO, rapportnr. KvL/P&Z 2007.104
- Lanting, C.I, Rijpstra, A. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen in 2010. Borstvoeding in de provincie Zeeland. Leiden, 2011: TNO, rapportnr. KvL/CH 2011.017
- Leijdekker, L. (2011). Een goed begin. Vroegtijdige signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties door kraamverzorgenden. Masterscriptie. Universiteit van Amsterdam
- L'Hoir, M.P., Groothuis-Oudshoorn, C.G.M., Schelter, M., Sleuwen van, B.C., Boere-Bonenkamp, M.M. (2013). Tiende Peiling Veilig Slapen. JGZ nr 2, jaargang 45, 32-38.
- Madden, J. M., Soumerai, S. B., Lieu, T. A., Mandl, K. D., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2002). Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures. *New England Journal of Medicine*, 347(25), 2031-2038.
- Mander, R. (1995). The relevance of the dutch system of maternity care to the united kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1023-1026.
- Martell, L. K. (2000). The hospital and the postpartum experience: A historical analysis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 29(1), 65-72.
- Morrell, C. J., Spiby, H., Stewart, P., Walters, S., & Morgan, A. (2000a). Costs and effectiveness of community postnatal support workers: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 593-598.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. (2013). Met zorg overdragen; Bevindingen van de pilot gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde aan de jeugdgezondheidszorg.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (december 2012). Marktscan; Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012.
- Nikkels, L., Oosterom van, J., & Titulaer, S. (2008). Kraamzorg behoeften en barrières: Een kwalitatieve verkenning naar behoeften en barrières lage ses. Amsterdam: TNS Nipo. XX
- Pique, C., & Veenvliet, M. (2007). Monitor kraamzorg. de werking van het landelijk indicatieprotocol kraamzorg in de praktijk No. mv/ik/409240/2190/07-0142b) Compliance Consult.

- Prowse, J., & Prowse, P. (2008). Role redesign in the national health service: The effects on midwives' work and professional boundaries. *Work, Employment and Society*, 22(4), 695-712.
- Rennie, A. M., Gibb, S., Hourston, A., Bedford, H., & McNicol, J. (2009). The development of maternity care assistants in Scotland. *The Practising Midwife*, 12(8), 14, 16-9.
- Reijneveld, S.A., Wal, M.F. van der, Brugman, E., Hira Sing, R., Verloove-Vanhorick, S.P. (2004) Infant crying and abuse. *Lancet*;364:1340-2. Ook gepubliceerd in: *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2227-30
- Robertson Blackmore et al. (2006). The use of antenatal Psychosocial health assessment (ALPHA) tool in the detection of psycho-social risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can* 28(10), 873-878.
- Rommelse, A. (2009). Op weg naar indicatoren voor een verantwoorde kraamzorg: Project verantwoorde kraamzorg presenteert visiedocument. *Tijdschr Verlosk*, 34(2), 40-41.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
- Standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg(2011). Utrecht: NCJ.
- Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). (2013). Procesevaluatie; Landelijke invoering van Perinatale Audit 2009-2012.
- Stichting FAOT. Het beroepscompetentieprofiel kraamverzorgende t.b.v. de branche erkende opleiding tot kraamverzorgende. Den Haag, maart 2009.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg. (2008). Kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg. s.l.: Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg.
- Van Wouwe, J.P.; HiraSing, R.A. (2006). Prevention of sudden unexpected infant death. *Lancet*, 367, 9507, 277-278.
- Vasquez, E. P., Pitts, K., & Mejia, N. E. (2008). A model program: Neonatal nurse practitioners providing community health care for high-risk infants. *Neonatal Network : NN*, 27(3), 163-169.
- Veenvliet, M., & Nijeboer, L. (2005). Indicatiestelling kraamzorg. het landelijk indicatieprotocol kraamzorg. Compliance Consult.
- Vink, R. M., & Detmar, S. B. (2012). Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. *TSG*, 90(8), 525-532.
- Vos de, S., Ruiten, S. (2004). Predisponeren factoren voor een postpartum depressie. Afstudeerscriptie AVAG
- Wagtendonk, D., Inge, Hoek, v., Lucas, & Wiegers, T. (2010). Ontwikkeling van een CQ-Index voor de kraamzorg; ervaringen van kraamvrouwen No. 201010)NIVEL.

Weg, H.J., van der, Denktas S., Torij, H.W., Graaf, J.P. de, Peters, I.A., Veen, D.W., van Bonsel, G.J, Steegers, E.A.P. (juli 2013). Evaluatie van het programma Klaar voor een kind, periode 2009 – 2012 GGD Rotterdam-Rijnmond en Erasmus MC.

Welling, B. J. M. (2001). Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: Kraamcentra, callcentra en verloskundigen. NIVEL: Utrecht.

Welt, S. I., Cole, J. S., Myers, M. S., Sholes, D. M., Jr, & Jelovsek, F. R. (1993). Feasibility of postpartum rapid hospital discharge: A study from a community hospital population. *American Journal of Perinatology*, 10(5), 384-387.

WHO, & UNICEF. (2009). WHO/UNICEF joint statement. home visits for newborn child: A strategy to improve survival No. WHO/FCH/CAH/09.02). Geneva: WHO.

Wiegers, T. A. (2006). Adjusting to motherhood. Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5), 163-171.

Wiegers, T. A. (2007). Professionele kraamzorg: Goede start voor kraamvrouwen. *Tijdschr Verlosk*, 32(6), 25-32.

Wiegers, T.A. (2008). Monitoring Kraamzorg III: ontwikkelingen in het aanbod aan kraamverzorgenden: in- en uitstroom bij opleiding en beroep. NIVEL, Utrecht.

Wiegers, T., Graaf, de, Hanneke, & Pal, v., Karin. (2012). De opkomst van geboortecentra en hun rol in de zorg. *TSG*, 90(8), 475-478.

Williams, L. R., & Cooper, M. K. (1993). Nurse-managed postpartum home care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 22(1), 25-31.

Williams, L. R., & Cooper, M. K. (1996). A new paradigm for postpartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 25(9), 745-749.

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2001). Schedules for home visits in the early postpartum period (protocol). *Cochrane Library*.

Zadoroznyj, M. (2007). Postnatal care in the community: Report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 35-44.

A Nederland, inspiratie voor het buitenland

De organisatie van zorg in het kraambed in andere landen verschilt sterk van die in Nederland, waar professionele kraamzorg in de thuissituatie al sinds lange tijd beschikbaar is. Desondanks is het primaire doel van zorg tijdens de kraamperiode hetzelfde: het vroeg signaleren van gezondheidsproblemen van moeder en of kind, het stimuleren van borstvoeding en het zorgen voor een goede start van het gezin (Wiegers, 2006). Voor het onderzoeken van de effectiviteit van kraamzorg is daarom gekeken naar de (inter)nationale literatuur over de (organisatie van) aangeboden zorg in de kraamperiode, waarbij sommige landen zich hebben laten inspireren door (onderdelen uit) het Nederlandse kraamzorgmodel. Directe overname van het Nederlandse kraamzorgmodel is door geografische, sociale en culturele verschillen en door verschillen in de organisatie van (geboorte)zorg meestal niet mogelijk. Desondanks zijn er componenten uit het Nederlandse systeem die internationaal toegepast worden in bestaande zorgstrategieën (Bradley & Bray, 1996; Mander, 1995). Hieronder geven we een overzicht.

In het Verenigd Koninkrijk ondersteunen maternity support workers (MSW) moeder en kind, en verloskundigen (Griffin, Dunkley-Bent, & Malhotra, 2009; Prowse & Prowse, 2008). Uit onderzoek blijkt dat de MSW zorgt voor een effectievere inzet van resources. Verloskundigen kunnen optimaal ingezet worden, doordat taken die niet perse door hen uitgevoerd hoeven te worden, overgedragen worden aan de MSW (Ackerman & Maycroft, 2008; Davies, 2009). Onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk benadrukt dat behalve een duidelijke functieomschrijving, het monitoren van de kwaliteit van de zorg en een goede uniforme opleiding van belang zijn het succes van de MSW (Ackerman & Maycroft, 2008; Griffin et al., 2009; Griffin et al., 2012; Hussain & Marshall, 2011). Op diverse plaatsen worden MSW's nu opgeleid volgens duidelijk omschreven kerncompetenties en leertrajecten, om hoge kwaliteit, veiligheid en kosteneffectieve zorg te kunnen blijven leveren rondom de geboorte (Davies, 2009; Griffin et al., 2012; Rennie, Gibb, Hourston, Bedford, & McNicol, 2009). De laatste jaren zijn er twee vormen van maternity support workers (MSW) ontstaan. De traditionele MSW voert o.a. huishoudelijke en administratieve taken uit, terwijl de nieuwe MSW een functie op een hoger niveau heeft en meer directe ondersteuning biedt aan gekwalificeerde verloskundigen (Griffin, Richardson, & Morris-Thompson, 2012). Inmiddels zijn er de eerste aanwijzingen voor positieve effecten van de inzet van MSW op uitkomsten, waaronder hogere borstvoedingspercentages, korter verblijfsduur in het ziekenhuis en tijdsbesparing voor verloskundigen (Griffin et al., 2012).

Amerikaans onderzoek uit de jaren '90 toont aan dat een vroeger ontslag van moeder en kind uit het ziekenhuis veilig en kosteneffectief is (Williams & Cooper, 1993)(Williams & Cooper, 1996). Zij valideerden ook de noodzaak van postpartum huisbezoeken. Vroeg ontslag uit het ziekenhuis gecombineerd met huisbezoeken leidt tot een klanttevredenheid van 99% (Williams & Cooper, 1993)(Williams & Cooper, 1996). Toch is in de Verenigde Staten in 1998 een wet aangenomen die verzekeraars verplicht om een ziekenhuisverblijf van minstens 48 uur te vergoeden na een vaginale bevalling. Deze wet is ingevoerd omdat er in de jaren '90 zorgen waren over het missen van gezondheidsproblemen door de tendens van vroeg ontslag (<48 uur) na een ongecompliceerde vaginale bevalling (Madden et al., 2002). Hoewel protocollen voor vroeg (<48 uur na bevalling) ontslag uit het

ziekenhuis na een ongecompliceerde bevalling vaak tenminste een huisbezoek door een gezondheidszorgmedewerker voorschrijven, bleken deze in de praktijk niet altijd uitgevoerd te worden. In 2002 bleek dat 36% van de pasgeborenen binnen 48 uur uit het ziekenhuis werd ontslagen, terwijl slechts 19% van de moeders een huisbezoek kregen (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Risher, October 2002).

In 2002 is in Australië een project gestart met kraamverzorgers, gebaseerd op het Nederlandse kraamzorgmodel. Het aantal vrouwen dat van de dienst gebruik wilde maken was lager dan verwacht, maar de groep die er gebruik van maakte was de groep die het meest at risk was voor gezondheidsproblemen en sociale problemen als gevolg van de geboorte van de baby. De gebruikers hadden minder sociale support, een lagere opleiding en een lager inkomen dan de niet-gebruikers. Een groot deel van de niet-gebruikers had het idee dat de service bedoeld was voor hen die onvoldoende sociale support kregen. De moeders die gebruik maakten van de service waren tevreden (Zadoroznyj, 2007).

Een Zweeds onderzoek toonde aan dat gezonde moeders en pasgeborenen die vroeg (12-24 uur na de geboorte) uit het ziekenhuis zijn ontslagen en 2-3 huisbezoeken kregen in de eerste week na geboorte een groot gevoel van veiligheid hadden, maar negatiever stonden tegenover borstvoeding (Askelsdottir, Jonge, Edman, & Wiklund, 2013). Zij vonden geen effect op het contact tussen moeder, vader en kind.