

TNO-rapport
PG/JGD/2001.029

Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek

Eindrapportage Literatuur- en Consensusonderzoek

TNO Preventie en Gezondheid

Jeugd

Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

februari 2001

Auteur(s)

K.C. Herschderfer
P. Offerhaus
M.E.B. Rijnders
Y. Smit
K.C. Sneeuw
S.E. Buitendijk

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
voldoet aan ISO 9001.
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 onder-
zoeksopdrachten 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.

© 2001 TNO



1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding.....	7
1.2	Vraagstellingen	7
1.3	Onderzoeksopzet	8
1.4	Afbakening.....	8
1.5	Doelstellingen kraamzorg	9
1.6	Begeleidingscommissie	9
1.7	Inhoud huidige rapportage	10
2	Methode	11
2.1	Literatuuronderzoek	11
	<i>Zoekstrategie</i>	11
	<i>Beoordeling artikelen</i>	12
2.2	Protocolonderzoek	13
	<i>Verzameling protocollen</i>	13
	<i>Definiëring werkdocumenten</i>	13
2.3	Consensusonderzoek	14
	<i>Formulering stellingen</i>	14
	<i>Beoordeling stellingen door consensuspanel</i>	14
3	Resultaten	17
3.1	Voorbezoek.....	17
3.2	Partusassistentie	18
3.2.1	Vorbereiding van bevalling	18
	<i>Tijdstip van aankomst</i>	18
	<i>Omgevingstemperatuur</i>	18
	<i>Wieg en babykamer</i>	19
	<i>Benodigdheden klaarzetten</i>	19
3.2.2	Ondersteuning en assistentie tijdens en na bevalling	19
	<i>Ondersteuning van kraamvrouw en gezin</i>	19
	<i>Assistentie van verloskundige hulpverlener tijdens bevalling</i>	19
	<i>Noodassistentie</i>	20
	<i>Opruimen na bevalling</i>	20
	<i>Assistentie van verloskundige hulpverlener na bevalling</i>	20
3.2.3	Verzorging en bewaking van moeder en kind	
3.2.3.1	Moeder	21
	<i>Controles</i>	21
	<i>Wassen</i>	21
	<i>Plassen</i>	21
	<i>Voorwaarden voor vertrek kraamverzorgende</i>	21
3.2.3.2	Kind.....	21
	<i>Temperatuur</i>	22
	<i>Wassen</i>	22
	<i>Navelverzorging</i>	22
	<i>Voeding van de pasgeborene</i>	23

	<i>Ononderbroken contact met moeder</i>	23
	<i>Veilig slapen</i>	23
3.3	Kraamverzorging.....	24
3.3.1	Vroege signalering van pathologie bij moeder en kind.....	24
3.3.1.1	Moeder	24
	<i>Temperatuur</i>	25
	<i>Pols</i>	25
	<i>Bloedverlies/lochia</i>	26
	<i>Fundus</i>	26
	<i>Inspectie van het perineum</i>	26
	<i>Benen</i>	26
	<i>Borsten</i>	26
	<i>Ontlasting</i>	26
	<i>Mictie</i>	27
	<i>Geestelijk welzijn</i>	27
3.3.1.2	Kind.....	27
	<i>Temperatuur</i>	28
	<i>Kleur</i>	28
	<i>Overige observaties</i>	28
	<i>Mictie en ontlasting</i>	29
	<i>Spugen</i>	29
	<i>Gewicht</i>	29
	<i>Huid, ogen en navel</i>	30
3.3.2	Waarborgen van een goede hygiëne	30
3.3.2.1	Persoonlijke hygiëne	30
	<i>Handschoenen</i>	30
	<i>Handen wassen</i>	30
	<i>Kleding, sieraden, haar, nagels</i>	30
3.3.2.2	Voorschriften bij mogelijk besmettelijke aandoeningen	31
	<i>Besmettelijke kraamvrouw</i>	31
	<i>Prik- en spataccidenten</i>	31
	<i>Besmettelijke kraamverzorgende</i>	31
3.3.2.3	Huishoudelijke hygiëne	32
	<i>Sanitair</i>	32
	<i>Overige huishoudelijke handelingen</i>	32
	<i>Voorbeeldfunctie</i>	32
3.3.3	Bevorderen van geestelijk en fysiek herstel van de kraamvrouw.....	32
	<i>Rust</i>	32
	<i>Mobilisatie</i>	32
	<i>Perineum en labia</i>	32
	<i>Aambeien</i>	33
	<i>Obstipatie</i>	33
	<i>Borstverzorging</i>	34
	<i>Geestelijk welzijn</i>	34
3.3.4	Verzorging van pasgeborene en voorbereiding van gezin op deze taak	35
	<i>Borstvoeding</i>	35

<i>Flesvoeding</i>	36
<i>Wassen en baden</i>	36
<i>Huidverzorging</i>	36
<i>Navelverzorging</i>	36
<i>Veilig slapen</i>	37
<i>Icterus</i>	37
<i>Hielprik</i>	37
<i>Voor het eerst naar buiten</i>	37
3.3.5 Voorlichting en instructie over moeder en kind	38
3.3.6 Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van huishoudelijke taken.....	39
3.3.7 Einde kraamverzorging	40
4 Conclusies en aandachtspunten.....	41
4.1 Beoordeling van effectiviteit kraamzorghandelingen.....	41
4.1.1 (Mogelijk) <i>effectieve</i> handelingen.....	42
4.1.2 (Mogelijk) <i>niet-effectieve</i> handelingen.....	44
4.1.3 (Mogelijk) <i>schadelijke</i> handelingen.....	44
4.1.4 Handelingen waarbij op basis van de literatuur of consensus geen uitspraak kan worden gedaan over effectiviteit.....	45
4.2 Samenvatting van bevindingen	45
Referenties.....	49
Bijlage A Verklarende woordenlijst.....	55
Bijlage B Consensusonderzoek.....	57

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

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

1.2 Vraagstellingen

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

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

Welke factoren kunnen de inhoud en effecten van de geleverde zorg beïnvloeden?

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

1.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar de kraamzorg in Nederland bestaat uit twee deelonderzoeken:

A. Literatuur- en consensusonderzoek

Doel:

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

Methode:

- literatuuronderzoek
- protocollenonderzoek
- consensusonderzoek.

B. Inventarisatie- en evaluatieonderzoek

Doel:

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

Methode:

- prospectief onderzoek bij een representatieve groep kraamvrouwen
- prospectief onderzoek bij allochtone kraamvrouwen
- retrospectief onderzoek bij consultatiebureau.

1.4 Afbakening

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

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

1.5 Doelstellingen kraamzorg

Het zeer brede gebied van activiteiten en handelingen in de basiskraamzorg is gestructureerd door de verschillende onderwerpen onder te brengen binnen globale doelstellingen van kraamzorg. Deze doelstellingen zijn geformuleerd aan de hand van de basisdocumenten 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' [1] en 'Productenboek Thuiszorg 1999' [2] en aandachtspunten aangeleverd tijdens de bijeenkomsten met de begeleidingscommissie.

De geformuleerde doelstellingen van kraamzorg zijn:

A. Voorbezoek

Het kraamzorgbureau dient er tijdens de zwangerschap voor te zorgen dat:

- Het kraamgezin geïnformeerd en geadviseerd wordt over de zorgmogelijkheden.
- Het kraamgezin op de hoogte is van de noodzakelijke voorbereidingen in huis op de bevalling en het kraambed.
- Gegevens worden verzameld die relevant zijn voor een passend zorginzet.
- De aard en omvang van de te leveren zorg wordt vastgelegd, afgestemd op de behoefte van het toekomstige kraamgezin (met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden).

B. Partusassistentie

Partusassistentie is gericht op het goed laten verlopen van de bevalling en de eerste uren daarna, door middel van:

- Benodigdheden klaarzetten voor de bevalling en de verzorging van moeder en kind.
- Ondersteuning van de verloskundige hulpverlener, de kraamvrouw en haar gezin.
- Opruimen van de ruimte waar de bevalling heeft plaatsgevonden.
- Verzorging en bewaking van moeder en kind post partum.
- Voorlichting en instructie omtrent de verzorging van moeder en kind voor de eerste periode waarin ouders alleen zijn.

C. Kraamverzorging

Kraamverzorging heeft als doelstellingen:

- Vroege signalering van pathologie bij moeder en kind in de vroege postnatale periode.
- Waarborgen van een goede hygiëne.
- Bevorderen van het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw.
- Adequate verzorging van de pasgeborene en voorbereiding van het gezin op deze taak.
- Voorlichting en instructie over moeder en kind.
- Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van huishoudelijke taken en gezinstaken.
- Bevorderen van integratie van de pasgeborene in het gezin.

Op verzoek van de begeleidingscommissie is extra aandacht geschonken aan het aspect van de werkrelatie tussen kraamverzorgende en verloskundige hulpverlener bij bovengenoemde doelstellingen.

1.6 Begeleidingscommissie

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

De begeleidingscommissie bestaat uit:

(uit de initiatiefgroep) Prof. dr. P.E. Treffers, gynaecoloog; mevrouw R. de Boer, inspecteur voor de Perinatale zorg, IGZ (ter vervanging van Mw. R. van Vliet); mevrouw drs. J.A.M. Oskam, senior beleidsmedewerker Landelijke Vereniging Thuiszorg; de heer Tj. de Jong, verloskundige, Landelijk Centrum Kraamzorg; mevrouw A. Splinter, medewerker Branche Thuiszorg Nederland; dr. H.P. Verbrugge, voormalig Inspecteur Moederschapszorg; (aangevuld met inhoudsdeskundigen) mevrouw R. Verheggen, beleidsmedewerker STING (beroepsvereniging voor de verzorging); mevrouw mr. J.D.M. Pattiwael, ministerie van VWS; mevrouw M. Bergsma, vertegenwoordiger Stichting Perinatale Zorg en Consumenten; mevrouw dr. T. Wiegers, NIVEL; mevrouw dr. J. van Duuren, Zorgverzekeraars Nederland, mevrouw A. Waelput, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen; de heer drs. A.J. Bosch, Vereniging Verloskundig Actieve Huisartsen; mevrouw C. van der Velden, kraamzorgverpleegkundige en lactatiekundige; mevrouw S. Bruijns, senior beleidsmedewerker Landelijke Vereniging Thuiszorg (per 01-01-01).

1.7 Inhoud huidige rapportage

In dit rapport wordt uitgebreid verslag gedaan van de gehanteerde methode en resultaten van het literatuur- en consensusonderzoek (vraagstellingen 1 en 2, zoals genoemd op pag. 7; deelonderzoek A, zoals genoemd op pag. 8). Het doel van dit deel van het onderzoek is om vast te stellen wat de inhoud is van kwalitatief goede kraamzorg. Uitgangspunt daarbij is dat handelingen die in het kader van kwalitatief goede kraamzorg worden verricht, effectief bijdragen aan gezondheid en welbevinden van moeder en kind. Naast literatuuronderzoek is hierbij gebruik gemaakt van protocollen en werkinstructies van aanbieders van kraamzorg. Daar waar onderzoeksgegevens ontbreken is kwalitatief goede kraamzorg gedefinieerd op basis van de uitkomsten van een consensusprocedure in een panel van deskundigen.

2 Methode

2.1 Literatuuronderzoek

De reeds beschikbare literatuur, die voor een groot deel gebruikt is bij het schrijven van het onderzoeksvorstel, vormde de basis voor het vaststellen van onderwerpen en bijbehorende zoektermen voor de literatuursearch.

Dit betrof:

- Het WHO rapport 'Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide' [3].
- Het NIVEL rapport 'Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra' [4].
- Het NIVEL rapport 'Knelpunten in de verloskundige zorgverlening: een quick scan onder verloskundigen in de eerste lijn' [5].
- Het NIVEL rapport 'Verkennde studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg' [6].
- Het NIVEL rapport 'Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg' [7].
- Het LVT/NOV rapport 'Zwartboek kraamzorg: hoe slecht gereguleerde marktwerking de kraamzorg in gevaar brengt' [8].
- Het IVA rapport 'Het inkoopbeleid van kraamzorg bij zorgverzekeraars' [9].
- Het Kraamzorg Nederland handboek 'Van bevalling tot kraam: kraamtechnisch handboek voor de kraamverzorgende' [10].
- 'Kraamvrouwen en pasgeborenen' uit de reeks bouwstenen voor gezondheidszorg-onderwijs [11].

Hierna werd een aantal elektronische literatuurbestanden met behulp van de gedefinieerde reeks trefwoorden doorzocht. De gebruikte literatuurbestanden zijn: Medline, Midirs, en de Cochrane Library.

Zoekstrategie

De search in Medline werd stapsgewijs uitgevoerd. De twee centrale trefwoorden op onderwerp (MESH term) waren:

1. postnatal care (1606 artikelen)
2. puerperium (8135 artikelen)

Om het aantal artikelen te beperken en de meest relevante artikelen op te sporen werd alleen Nederlands en Engelstalig humaan onderzoek geselecteerd en werden zoekterm 1 en 2 gecombineerd met de volgende (vrije tekst) trefwoorden:

3. maternal mortality (24 artikelen)
4. puerperal infection (4 artikelen)
5. body temperature regulation (0 artikelen)
6. temperature (26 artikelen)
7. body weight (48 artikelen)
8. growth (142 artikelen)
9. dehydration (4 artikelen)
10. urination (1 artikel)
11. defecation (0 artikelen)
12. neonatal jaundice (2 artikelen)
13. breast feeding (274 artikelen)

14. infant nutrition (2 artikelen)

15. sudden infant death (2 artikelen).

Na beoordeling van de abstracts zijn 85 artikelen aangevraagd. Artikelen werden niet aangevraagd als zij toch geen betrekking op de kraambedperiode bleken te hebben of omdat zij over een hoog-risico populatie handelden (bv. kinderen op een NICU).

De search in Midirs werd volgens een gestandaardiseerde Midirs strategie uitgevoerd met de trefwoorden: cord care, perineal pain relief, temperature measurement & control, postnatal visiting, maternal satisfaction with postnatal care, skin care, crying babies, nappies and nappy rash. Uit deze search werden 22 relevante artikelen aangevraagd.

De search in de Cochrane Library werd zo breed mogelijk gehouden: gezocht werd naar alle meta-analyses uit het onderwerp 'post partum'. Dit leverde 15 bruikbare reviews op.

Aan de hand van verwijzingen in de geraadpleegde artikelen werd nog aanvullende literatuur gezocht (de zogenaamde sneeuwbalmethode). Via deze methode werden 16 artikelen gevonden. Bovendien kwamen wij, door de samenwerkingsovereenkomst tussen TNO-PG en de Mother and Infant Research Unit (MIRU) van de Universiteit van Leeds, in het bezit van 11 (vaak nog) ongepubliceerde Engelse rapporten en richtlijnen die, hoewel de moederschapszorg in het Verenigd Koninkrijk wezenlijk verschillend is van die in Nederland, wel alle betrekking hebben op onderdelen van kraamzorg.

Beoordeling artikelen

De 149 artikelen zijn alle door twee reviewers gelezen en beoordeeld op bruikbaarheid qua inhoud en methodologie.

Hierbij werden de volgende inhoudelijke selectiecriteria gebruikt:

- Is het onderwerp van het artikel een aandoening, handeling, interventie of therapie in de kraambedperiode (0-10 dagen)?
- Is het onderwerp van het artikel een effect (in de postnatale periode of daarna) van een aandoening, handeling, interventie of therapie in de kraambedperiode?
- Is het onderwerp van het artikel relevant voor voorlichting die in de kraambedperiode gegeven kan worden?
- Heeft het onderwerp van het artikel betrekking op de aspecten van de verkregen kraamzorg in relatie tot de ervaring van moeders, overige gezinsleden of hulpverleners?
- Is het onderwerp van het artikel van toepassing op de postnatale zorg zoals die wordt geleverd of zou moeten worden geleverd door kraamverzorgenden in de Nederlandse situatie?

Methodologisch werd een onderscheid gemaakt op grond van het gebruikte onderzoeksdesign, de kwaliteit van de studie en de grootte van de studie. Inhoudelijk werd vooral gekeken naar de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de Nederlandse situatie. De bruikbaarheid, zowel inhoudelijk als methodologisch, werd door de reviewers onafhankelijk gescoord als 'bruikbaar', 'enigszins bruikbaar' of 'niet bruikbaar'. Bij verschillend inzicht werd vrijwel altijd in tweede instantie vlot consensus bereikt. De enkele keer dat dit niet lukte, werd het betwiste artikel als 'enigszins bruikbaar' gecategoriseerd. In totaal werden uiteindelijk 76 (enigszins) bruikbare artikelen geselecteerd en samengevat. De overige artikelen werden afgewezen omdat zij geen 'evidence' leverden maar slechts een opinie weer-gaven, omdat het een bespreking van elders gepubliceerd onderzoek betrof, omdat het onderzoek geen betrekking op de kraambedperiode had, of omdat het onderzoek tweede- of derdelijns zorg betrof.

2.2 Protocollenonderzoek

Het protocollenonderzoek bestond uit het inventariseren en ordenen van kraamtechnische handelingen, activiteiten met betrekking tot instructies, voorlichting, ondersteuning en verantwoordelijkheden op basis van gehanteerde protocollen.

Verzameling protocollen

In samenwerking met de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) en de Branchebelang Thuiszorgvereniging Nederland (BTN) zijn alle kraaminstellingen, die zijn aangesloten bij de LVT en BTN, aangeschreven met de vraag om alle op dat moment in gebruik zijnde protocollen in de kraamzorg op te sturen naar TNO-PG. Expliciet is bij het verzoek vermeld dat het gehanteerde, schriftelijk vastgelegde voorschriften en richtlijnen over verrichtingen in de kraamzorg betreft, en niet het 'zorgplan' dat gedurende de kraamperiode dagelijks bijgehouden wordt.

Van de 45 kraamzorginstellingen aangesloten bij de LVT werd door 32 instellingen gereageerd met toezending van gehanteerde protocollen. Van de 31 kraamzorginstellingen aangesloten bij de BTN werd van 2 instellingen gehanteerde protocollen ontvangen. Bij de 42 kraamzorginstellingen waarvan niets is ontvangen, is niet nagegaan of er sprake was van het verzuimen van versturen van protocollen of het ontbreken ervan.

Via de roze CD-foongids zijn 59 zogenaamde particuliere kraamzorginstellingen telefonisch benaderd met de vraag of zij wilden meedoen aan dit onderzoek. Hiervan bleken er 36 daadwerkelijk particulier te opereren, d.w.z. niet aangesloten bij de LVT of de BTN.

Van deze 36 kraamzorginstellingen vermeldde er 19 geen protocollen te hebben of nog bezig te zijn deze te ontwikkelen. Twaalf instellingen meldden met protocollen te werken en hiervan stemden er 9 toe in toezending. Van de 5 instellingen die niet telefonisch bereikbaar waren is aangenomen dat zij niet meer operationeel waren. Uiteindelijk zijn de protocollen van 6 onafhankelijke kraamzorginstellingen ontvangen.

Definiëring werkdocumenten

Alle 259 uiteindelijk verkregen documenten werden vervolgens onderverdeeld in protocollen (31) en werkinstructies (125). Er bleven 103 niet classificeerbare documenten over zoals folders, aanmeldingsformulieren, ziektelementen.

Een *protocol* is gedefinieerd als een document waarbij er sprake is van bronvermeldingen en eventueel ook auteursvermelding. Voor de benoemde en aanbevolen handelingen en activiteiten is er sprake van traceerbare onderbouwing in de literatuur. De meeste protocollen hebben betrekking op borstvoeding (17). Andere protocollen gaan over veilig slapen (2), bekkenklachten (2), PKU/CHT (1) en gedrag en motoriek baby (1). Daarnaast zijn er 8 zogenaamde 'hygiënenota's' die voldoen aan de bovengenoemde definitie van protocol.

Bij *werkinstructies* is er sprake van een uitgebreide beschrijving van de methode waarop gehandeld moet worden, maar er is geen bronvermelding aanwezig. De meest voorkomende onderwerpen hierbij zijn partusassistentie, controles bij moeder en kind, hygiëne, perineumverzorging, flesvoeding, navelverzorging, voorlichting, huishoudelijke taken en ondersteuning van het gezin.

2.3 Consensusonderzoek

Naast het literatuur- en protocollenonderzoek is een consensusonderzoek uitgevoerd, omdat veel handelingen die in de kraamzorg worden gedaan niet 'evidence-based' zijn (de zogenaamde 'witte vlekken'). Als gevolg hiervan ontbreekt vaak ook de onderbouwing in de verschillende documenten uit het protocollenonderzoek.

Het vaststellen van de noodzaak en mate van effectiviteit van handelingen binnen de normaal gebruikelijke kraamzorg moet derhalve gedeeltelijk gebeuren op basis van de expertise en consensus van betrokkenen in het veld. Hiertoe is een reeks stellingen geformuleerd, die werden beoordeeld door een consensuspanel.

Formulering stellingen

Naar aanleiding van de gehanteerde protocollen en het literatuuronderzoek zijn stellingen geformuleerd, waarbij met name is gekeken naar:

- Discrepantie tussen protocollen onderling.
- Discrepantie tussen protocollen enerzijds en de 'evidence' gevonden in de geraadpleegde literatuur anderzijds.
- 'Witte vlekken' in kennis die noch door bestudering van de literatuur, noch door gehanteerde protocollen worden opgevuld.

De stellingen zijn geformuleerd met als doel consensus te bereiken over:

- De medische effectiviteit van de handelingen in de kraamzorg.
- De voorlichting en instructies die noodzakelijk zijn.
- De verantwoordelijkheden van de kraamverzorgende en de samenwerking met de verloskundige hulpverlener.
- De huishoudelijke ondersteuning door de kraamverzorgende.

Op basis van de beschreven onderdelen in de protocollen, werkinstructies en werkplannen zijn tegenstrijdigheden, en niet onderbouwde handelingen geïdentificeerd. Deze aspecten zijn verwoord in 131 stellingen (zie bijlage 1). Bij de stellingen is een enkele keer ter verduidelijking gebruik gemaakt van een expliciet vermelde aanname of achtergrond. Bij het formuleren van de stellingen is gelet op heldere en duidelijke taal gericht op het beantwoorden van bovengenoemde doelen. Negatieve formulering van stellingen is zoveel mogelijk vermeden. De stellingen en vragen zijn voorgelegd aan de begeleidingscommissie ter beoordeling en zonodig aangepast.

Beoordeling stellingen door consensuspanel

Bij de samenstelling van het consensuspanel is uitgegaan van voldoende vertegenwoordiging van alle betrokken beroepsgroepen uit het veld, en van de aanwezigheid van ervaringsdeskundigheid binnen de kraamzorg. Samenstelling van het consensuspanel is in nauw overleg met de begeleidingscommissie verricht.

Dit resulteerde in de volgende samenstelling:

- 3 kraamverzorgenden, waarvan:
 - 1 werkzaam bij een kraamzorgaanbieder aangesloten bij de LVT
 - 1 werkzaam bij een kraamzorgaanbieder aangesloten bij de BTN
 - 1 werkzaam bij een grote onafhankelijke kraamzorgaanbieder
- 1 kraamzorgverpleegkundige
- 1 kraamzorg praktijkbegeleider
- 1 verloskundige

- 1 huisarts
- 1 gynaecoloog
- 1 kinderarts.

Alle deelnemers vertegenwoordigen hun (beroeps)vereniging of werkgever. De profielschets voor deelname was: recente en ruime klinische ervaring, interesse in theoretische onderbouwing, en voldoende tijd beschikbaar.

De stellingen werden beoordeeld aan de hand van een 4-punts keuzeschaal. De vier keuzemogelijkheden waren: 'helemaal oneens', 'deels oneens', 'deels eens', 'helemaal eens'. Voor het geval dat het onderwerp van een stelling buiten het veld van de werkervaring of expertise van het betreffende panellid viel, was er een aparte mogelijkheid om 'geen expertise' in te vullen.

Bij de analyse van de antwoorden werd gekeken naar zowel de mate van overeenstemming als de mate van uiteenlopende mening. Consensus over een stelling werd bereikt indien 75% van de stemmen in één richting wezen zonder een volledig afwijkende mening (antwoord op uiterste van schaal in andere richting). Consensus werd niet bereikt bij onvoldoende overeenstemming (75% niet bereikt), wanneer er sprake was van één of meer volledig afwijkende meningen, of wanneer meer dan de helft van de panelleden aangaf geen expertise over het betreffende onderwerp te hebben.

In de eerste stemmingsronde werd consensus bereikt over 63 (47%) van de 131 stellingen. Over de 36 stellingen waarbij sprake was van onvoldoende overeenstemming en de 32 stellingen waarbij sprake was van een afwijkende mening, werd aan de panelleden een schriftelijke toelichting gevraagd.

Naar aanleiding van de verkregen toelichtingen zijn 6 stellingen aangepast en 1 nieuwe stelling toegevoegd. Uit de toelichting bleek dat er onduidelijkheid bestond over de 5 stellingen met betrekking tot voorbezoek. Daarom werd besloten dit onderwerp niet meer te behandelen in stellingvorm maar onder te brengen in een plenaire discussie tijdens de consensusbijeenkomst.

In de tweede stemmingsronde kregen de panelleden 64 stellingen ter beoordeling aangeboden. Bij iedere stelling werd de uitkomst van de eerste stemmingsronde weergegeven en werden de bijbehorende toelichtingen anoniem vermeld. In deze ronde werd consensus bereikt over 22 (35%) van de 64 stellingen.

De consensusbijeenkomst vond plaats op 10 januari 2001 en werd bijgewoond door 7 van de 9 deelnemers van het consensuspanel. Met de twee verhinderde panelleden is voorafgaande aan de bijeenkomst telefonisch overleg geweest, waarin een toelichting werd gevraagd over de stellingen waarbij het panellid een tegenovergestelde mening had. De overgebleven 42 stellingen en het onderwerp voorbezoek werden tijdens de bijeenkomst van het consensuspanel ter discussie voorgelegd onder leiding van twee medewerkers van de sector Implementatie, Training en Onderwijs van TNO-PG. Ook de verkregen toelichting van de twee afwezige panelleden werd bij de discussie betrokken. Tijdens de discussie werd de inhoud van enkele stellingen bijgesteld en in sommige gevallen werd de woordkeuze van de stelling aangepast.

Consensus werd bereikt indien er voldoende overeenstemming (75%) bestond tussen de leden van het panel. Uiteindelijk waren er 2 stellingen waarover geen consensus bereikt kon worden. Bij 5 stellingen was er sprake van een overtuigd afwijkende mening van een panellid. Er werd afgesproken om deze meningen te melden bij de resultaten. Bij de overige 35 stellingen en het onderwerp voorbezoek heeft het consensuspanel overeenstemming kunnen bereiken.

3 Resultaten

De resultaten worden besproken aan de hand van de drie doelstellingen van kraamzorg: voorbezoek, partusassistentie en kraamverzorging (zie paragraaf 1.5). Aan elke doelstelling wordt een apart onderdeel gewijd. Voor elke doelstelling van kraamzorg is een indeling gemaakt in diverse aandachts- en verzorgingsgebieden. Per gebied wordt uiteengezet wat bekend is over de verschillende activiteiten en handelingen die binnen het betreffende gebied uitgevoerd kunnen worden. Ook wordt samengevat welke activiteiten en handelingen vanuit de beschikbare literatuur onderbouwd zijn. Waar er uit gerandomiseerd onderzoek, en meta-analyses daarvan, gegevens bekend zijn, wordt dat weergegeven. Voor de onderwerpen waar op basis van de literatuur geen duidelijkheid over bestaat, wordt de uitkomst van de consensusprocedure weergegeven. Indien geen onderbouwing door literatuur noch consensus beschikbaar is, wordt beschreven hoe er volgens de diverse protocollen of werkinstructies gehandeld dient te worden.

Bij elke beschreven handeling of werkwijze wordt de bron van informatie weergegeven, aangeduid met een literatuurverwijzing of met het woord 'protocol', 'werkinstructie' of 'consensuspanel' tussen vierkante haken.

Veelal wordt gebruik gemaakt van vaktermen. Voor mogelijke onbekende begrippen is een verklaren-de woordenlijst opgenomen (zie bijlage 2).

3.1 Voorbezoek

Voorbezoek, ook wel intake of huisbezoek genoemd, wordt in het 'Productenboek Thuiszorg 1999' globaal omschreven als het afstemmen van de zorgbehoefte en het zorgaanbod met inachtneming van de polisvoorwaarden van de cliënt of de contractafspraken tussen kraamcentrum en zorgverzekeraar, resulterend in afspraken omtrent de aard en omvang van de te verlenen zorg [2].

In de uitgave 'Basiskwaliteitsnormen Kraamzorg' wordt in deel A, primaire en ondersteunende processen, onder het thema 'intake' een aantal kwaliteitsnormen uiteengezet met betrekking tot het voorbezoek [1]. Deze normen beschrijven echter niet de wijze waarop het uitgevoerd dient te worden.

Over dit specifieke aspect van kraamzorg is geen onderzoek verricht. Aan het consensuspanel is gevraagd uitspraak te doen over het voorbezoek en met name de werkwijze waarop de bovengenoemde doeleinden bereikt kunnen worden. Het panel was van mening dat 'voorbezoek' een nuttig middel is om een passend zorgaanbod te kunnen bewerkstelligen [consensuspanel]. Aanvankelijk was het panel verdeeld over de noodzaak dit uit te voeren door middel van een telefonisch gesprek of een huisbezoek. Uiteindelijk was de consensus dat, in de meeste gevallen, een telefonisch gesprek een geschikt middel is om dit uit te voeren, mits de werkwijze voldoet aan een aantal voorwaarden:

1. Een gestandaardiseerde werkwijze door middel van een (nog te ontwikkelen) protocol.
2. Het gesprek dient uitgevoerd te worden door iemand met een eerstegraads deskundigheidsniveau, of iemand met kennis van de organisatie en inhoud van kraamzorg en tevens ervaren met gesprekstechnieken.

Deze voorwaarden komen overeen met twee van de kwaliteitsnormen genoemd in de 'Basiskwaliteitsnormen Kraamzorg' [1].

Het consensuspanel signaleerde verschillende omstandigheden waarin een telefonisch gesprek niet toereikend zou zijn en waarbij een huisbezoek geïndiceerd zou zijn. Zo werden gevallen genoemd waar geen telefonisch contact mogelijk was en gevallen van moeizame communicatie door taalproblematiek. Ook erkende het panel dat een telefonisch gesprek mogelijk niet altijd adequaat is bij het opsporen van bijzonderheden of problemen die van belang zijn voor het stellen van een passend zorgaanbod. Naar verwachting van de panelleden kan een geroutineerde en ervaren interviewer deze gezinnen herkennen. Na een deskundige beoordeling van de thuissituatie aan de hand van een telefonisch gesprek moet altijd kunnen worden besloten over te gaan tot een huisbezoek [consensuspanel].

3.2 Partusassistentie

Partusassistentie wordt in het 'Productenboek Thuiszorg 1999' globaal omschreven als het assisteren bij de bevalling en het zelfstandig bewaken van moeder en pasgeborene tot twee uur na de geboorte van de placenta [2].

Partusassistentie wordt bij een thuisbevalling noodzakelijk geacht voor het verlenen van verantwoorde zorg aan moeder en kind rondom de bevalling [consensuspanel]. Hierbij werd door het consensuspanel opgemerkt dat het ontbreken van partusassistentie tijdens de geboorte, vanwege organisatorische of logistieke redenen, niet noodzakelijkerwijs betekent dat de zorg onverantwoord is. Wel is de zorg dan minder optimaal en zeker niet zoals gewenst.

3.2.1 Voorbereiding van bevalling

De voorbereiding is erop gericht de geboorte van het kind in een schone, warme en voldoende geoutilleerde omgeving plaats te laten vinden [11].

Tijdstip van aankomst

In de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' wordt aangegeven dat de cliënt tijdig partusassistentie dient te ontvangen [1]. Om de kraamkamer op tijd te kunnen voorbereiden zal een kraamverzorgende tijdig aanwezig moeten zijn bij de bevalling, in ieder geval voordat het kind geboren wordt. In de literatuur of protocollen zijn geen normen vastgelegd over het gewenste tijdstip van aankomst van de kraamverzorgende. In de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' wordt vastgesteld dat de kraamverzorgende binnen een uur na oproep voor partusassistentie ter plekke is [1]. Het is aan te bevelen dat de kraamverzorgende voor aanvang van de uitdrijving en in ieder geval een half uur voor de verwachte geboorte van het kind aanwezig is [consensuspanel]. De organisatie van deze tijdige aanwezigheid valt buiten dit onderzoek.

Omgevingstemperatuur

Het warmte-isolerend vermogen van een pasgeborene is nog gering. Bescherming tegen afkoeling kan het beste worden geboden door het kind af te drogen, op de buik van de moeder te leggen en af te dekken met warme doeken [3;12-15]. Ook is het van belang te zorgen voor een 'goede' omgevingstemperatuur in de ruimte waar de bevalling plaatsvindt. Naar de optimale omgevingstemperatuur is geen onderzoek gedaan. Wel is bekend dat bij een omgevingstemperatuur van 24°C een afgedroogde en toegedekte pasgeborene goed in staat is zijn lichaamstemperatuur op peil te houden, terwijl bij een omgevingstemperatuur van 26°C het gevaar van koorts bestaat [16]. Waarden variërend van 20°C tot 25°C worden genoemd als gewenste omgevingstemperatuur [werkinstructies]. De kraamverzorgende

zorgt voor deze warme opvang van de pasgeborene en is verantwoordelijk voor de omgevingstemperatuur [consensuspanel]. Zij maakt ter voorbereiding van de eerste opvang kruiken warm en legt een opvangdoek (luier, molton) en kleertjes met de kruiken in de wieg klaar [werkinstructies].

Wieg en babykamer

Voor het opmaken van de wieg zijn duidelijke instructies gegeven in het consensusdocument 'Preventie van wiegendood' [17]. Het opmaken of controleren van de wieg is de taak van de kraamverzorgende [werkinstructies]. Over de babykamer wordt opgemerkt dat het er niet mag tochten, dat de temperatuur boven de 20°C moet zijn en dat de wieg voorverwarmd moet worden met kruiken [werkinstructies]. Het gebruik van een kersenpittenkruik in de wieg wordt in enkele werkinstructies expliciet afgeraden.

Benodigheden klaarzetten

De meeste werkinstructies vermelden dat het bed van de kraamvrouw gecontroleerd moet worden op hoogte (conform ARBO wet kraamverpleging) en zonodig moet worden opgemaakt [werkinstructies]. Verder wordt genoemd het klaarzetten van emmers met vuilniszakken voor vuile was en afval, een ondersteek, noodverlichting en een tafel voor instrumentaria en disposables [werkinstructies]. Enkele werkinstructies benoemen specifieke handelingen in geval van een verticale baring. Hiervoor moet de vloer bedekt worden en is een extra stoel en eventueel een spiegel en opvangkussen voor het kind nodig [werkinstructies].

3.2.2 Ondersteuning en assistentie tijdens en na bevalling

De kraamverzorgende heeft tijdens de partus en daarna een ondersteunende rol ten aanzien van de kraamvrouw en haar gezin, en ten aanzien van de verloskundige hulpverlener. Dit betekent dat de kraamverzorgende in ieder geval alert is op de behoeften van de kraamvrouw, overleg voert met de verloskundige hulpverlener en haar instructies opvolgt [werkinstructies].

Ondersteuning van kraamvrouw en gezin

Het alert reageren op de behoefte van de kraamvrouw wordt over het algemeen in de werkinstructies met betrekking tot partusassistentie beschreven als een verzorgende en ondersteunende taak van de kraamverzorgende [werkinstructies]. Hieronder wordt o.a. verstaan: het masseren van de rug, aangeven van natte washandjes, kussens en/of warmtemiddelen en het verwijderen van ontlasting. Verzorging van drinken en eventueel voedsel tijdens de partus voor de kraamvrouw en partner/kinderen, en het geven van morele steun in de vorm van stimuleren en geruststellen aan zowel kraamvrouw als partner, zijn eveneens taken van de kraamverzorgende [werkinstructies]. Ook na de geboorte van het kind worden de kraamvrouw en partner voorzien van eten en drinken [werkinstructies].

Assistentie van verloskundige hulpverlener tijdens bevalling

De kraamverzorgende is verantwoordelijk voor het handhaven van een goede hygiëne in de kamer waar de bevalling plaatsvindt [3][consensuspanel]. Tevens is een goede persoonlijke hygiëne van belang (zie paragraaf 3.3.2.1). Volgens één protocol mag door een kraamverzorgende met een bloedend wondje geen partusassistentie worden gegeven in verband met de kans op bloed/bloed-contact [protocol]. De kraamverzorgende geeft de verloskundige hulpverlener de benodigde instrumentaria en 'disposables' zonodig steriel aan [werkinstructies].

De verschillende tijdstippen van de baring (aanvang uitdrijving, geboortetijdstip van kind en placenta) worden genoteerd en zonodig wordt de verloskundige hulpverlener voorzien van eten en drinken [werkinstructies].

De kraamverzorgende is in staat om beginnende pathologie te herkennen en de nodige handelingen te verrichten na instructie van de verloskundige hulpverlener [consensuspanel]. Handelingen zoals expressie van de fundus, impressie boven de symfyse, het maken van een dwarsbed en/of plaatsing van een stevige verhoging onder de billen van de barende vrouw behoren tot de vaardigheden van een kraamverzorgende [consensuspanel]. Ook het op verzoek van de verloskundige hulpverlener bellen van ziekenhuis en/of een ambulance is een taak die de kraamverzorgende kan uitvoeren [consensuspanel]. Daarnaast treft zij de nodige voorbereidingen op vertrek van de kraamvrouw naar het ziekenhuis, inclusief het maken van een 'ziekenhuiskoffertje' [werkinstructies].

Noodassistentie

Tot de ondersteunende taak van de kraamverzorgende hoort ook de noodassistentie bij een bevalling die plaatsvindt voor de aankomst van de verloskundige hulpverlener [11]. Dit houdt in dat zij in staat is de kraamvrouw te helpen met een zuchtende ademhaling, dat zij het neusje en mondje van het kind schoonveegt en het kind bij de moeder legt en warm houdt, in afwachting van verdere hulp [consensuspanel].

Opruimen na bevalling

Na de geboorte wordt er opgeruimd. In 10 werkinstructies met betrekking tot opruimen na de bevalling wordt geadviseerd de placenta in een dubbele zak te verpakken en met het huisvuil mee te geven [werkinstructies]. Indien het gezin de placenta wenst te begraven in de tuin, wordt in 6 instructies geadviseerd een scheut chloor over de placenta te gieten [werkinstructies]. Bloed en vruchtwater wordt door de WC gespoeld met de klep dicht, de bloedwas wordt opgeruimd, en eventueel met zout in de week gezet tot de volgende dag [werkinstructies]. Over het wassen van de bloedwas wordt geadviseerd om het langste programma c.q. een programma van minstens 60-80 minuten te gebruiken [werkinstructies].

Assistentie van verloskundige hulpverlener na bevalling

Bij hechten assisteert de kraamverzorgende door te zorgen voor voldoende verlichting, steriel klaarzetten en aangeven van materiaal. Ook het huishoudelijk schoonmaken van de instrumenten behoort tot haar taken [werkinstructies].

Bij het optreden van een vastzittende placenta of een fluxus post partum is de kraamverzorgende in staat het vloeien en de toestand van de uterus (hoogte van de fundus en contractietoestand) te controleren, de kraamvrouw in de Trendelenburgpositie te leggen, en in overleg met de verloskundige hulpverlener de kraamvrouw te laten plassen, de baby aan de borst te leggen ter bevordering van de contractie van de uterus, en/of een ijsblaas te maken [werkinstructies].

Als assistentie bij reanimatie van de pasgeborene nodig is, dan is de kraamverzorgende in staat de baby droog te wrijven en warm te houden en op verzoek van de verloskundige hulpverlener een ambulance te bellen [consensuspanel]. Bovendien weet zij waar de benodigde materialen voor een reanimatie zoals een beademingsballon en zuurstof klaar staan, zodat zij deze (indien nodig) snel kan aangeven aan de verloskundige hulpverlener [consensuspanel, werkinstructies].

3.2.3 Verzorging en bewaking van moeder en kind

Tot de taken van de kraamverzorgende behoort het verzorgen, observeren, en controleren van de kraamvrouw en de pasgeborene tot twee uur na de bevalling [2]. Bij afwijkende bevindingen tijdens de verzorging van moeder en kind neemt de kraamverzorgende direct contact op met de verloskundige hulpverlener [consensuspanel].

3.2.3.1 Moeder

Controles

Een aantal complicaties kan zich voor doen in de eerste periode na de geboorte. Preventieve maatregelen en vroegtijdige opsporing van problemen zijn een onderdeel van post partum zorgverlening [3]. De eerste uren post partum is de kans op een nabloeding het grootst. Na de geboorte worden de uterus, vloeien en mictie van de kraamvrouw gecontroleerd door de kraamverzorgende [werkinstructies].

Wassen

Na de bevalling wordt de kraamvrouw op bed gewassen als douchen niet gaat, als de kraamvrouw duizelig is, als er sprake is van veel bloedverlies, of als de kraamvrouw last heeft van bekkeninstabiliteit [werkinstructies]. De kraamverzorgende beoordeelt in overleg met de verloskundige hulpverlener of de moeder in staat is om onder begeleiding te douchen [consensuspanel, werkinstructies]. Hierbij gemerkte het consensuspanel op dat overleg niet expliciet betekent dat er rechtstreeks contact is tussen kraamverzorgende en verloskundige hulpverlener op het moment van beslissen. Indien van tevoren afspraken zijn gemaakt tussen beiden, kan de kraamverzorgende zelf bepalen of de kraamvrouw onder de douche mag [consensuspanel]. In 3 werkinstructies wordt de wens van de kraamvrouw over het al dan niet douchen benadrukt. Voordat ze kan douchen moet ze iets te eten en te drinken aangeboden krijgen [werkinstructies]. De moeder mag niet te lang en te heet douchen. Zij dient bij het douchen begeleid te worden (door kraamverzorgende of partner) en de deur mag niet op slot [werkinstructies]. In enkele werkinstructies wordt beschreven dat de kraamverzorgende verantwoordelijk is voor de kraamvrouw tijdens het douchen.

Plassen

De kraamverzorgende spoort de moeder aan vlak na de bevalling of tijdens het douchen te plassen [werkinstructies]. In één werkinstructie wordt laten plassen binnen 12 uur post partum voldoende geacht. De kraamverzorgende mag niet zonder overleg met de verloskundige hulpverlener uit het gezin vertrekken voordat de kraamvrouw geplast heeft [consensuspanel]. Ook hierbij wordt opgemerkt dat dit geen rechtstreeks contact op het moment van beslissen hoeft te zijn. Indien van tevoren afspraken zijn gemaakt, kan de kraamverzorgende zelf bepalen of haar vertrek verantwoord is. Voordat zij vertrekt, wordt de kraamvrouw geïnstrueerd over de noodzaak om regelmatig te urineren en daarbij begeleiding te vragen [werkinstructies].

Voorwaarden voor vertrek kraamverzorgende

De kraamverzorgende blijft in ieder geval tot 2 uur na de geboorte van de placenta in het gezin om de hoeveelheid bloedverlies post partum te kunnen beoordelen [consensuspanel]. De moeder wordt voor het vertrek van de kraamverzorgende nog gecontroleerd op algemene conditie, toestand van de uterus en vloeien [werkinstructies].

Voordat de kraamverzorgende vertrekt, worden de kraamvrouw en partner geïnstrueerd over de verzorging van de baby wat betreft voeding, temperatuur, navelverzorging, slaaphouding, verschoningen, registratie luiers, misselijkheid en kleur. Dankzij deze instructies is de kans groter dat de ouders voldoende vertrouwen krijgen om de eerste uren alleen met hun pasgeborene door te brengen [consensuspanel].

3.2.3.2 Kind

Temperatuur

Het warmte-isolerend vermogen van een pasgeborene is nog gering. Vooral kort post partum moet opgelet worden of een baby zijn temperatuur adequaat kan reguleren [18]. Het is de taak van de kraamverzorgende dat de baby schoon en warm aan de zorg van het gezin wordt overgelaten [consensuspanel]. De kraamverzorgende helpt de pasgeborene op temperatuur te houden, o.a. door het aangeven van een warme opvangdoek, droogwrijven en toedekken van het kind op de buik van de moeder [werkinstructies]. De temperatuur van de baby wordt (voor het wassen) gecontroleerd en nogmaals 1 uur later en/of vóór het vertrek van de kraamverzorgende [werkinstructies]. Voordat de kraamverzorgende vertrekt, heeft zij ervoor gezorgd dat de temperatuur van de baby tenminste 36,5 °C is [consensuspanel]. Indien een kind onvoldoende in staat is zijn temperatuur te reguleren moet de omgevings-temperatuur opgestookt en het kind in meerdere dekens ingepakt worden [16].

De verloskundige hulpverlener wordt ingelicht bij een temperatuur buiten de normale waarden [consensuspanel, werkinstructies]. Volgens één werkinstructie wordt de verloskundige hulpverlener ingelicht bij een temperatuur van lager dan 35,5 °C, terwijl bij een andere werkinstructie een temperatuur lager dan 36,4 °C wordt genoemd. Het consensuspanel acht het raadzaam de verloskundig hulpverlener op de hoogte brengen bij een temperatuur van minder dan 36 °C en meer dan 38 °C.

Wassen

De baby wordt schoongewreven, gewassen op de commode of in bad gedaan in overleg met de ouders en de verloskundige hulpverlener [werkinstructies]. Het tijdstip van baden (direct post partum of later) heeft bij een baby met een goede lichaamstemperatuur geen klinisch relevant effect op de temperatuur van het pasgeboren kind [13;19;20].

Over het algemeen wordt aanbevolen tijdens het aanpakken van de pasgeborene en de eerste verzorging handschoenen te dragen [protocollen, consensus]. Het baden van de pasgeborene staat volgens sommige werkinstructies op gespannen voet met deze hygiënemaatregel. Volgens één werkinstructie is het baden van de pasgeborene onmogelijk vanwege de noodzaak om handschoenen te dragen. In een andere werkinstructie wordt geadviseerd de handschoenen dicht te plakken met tape om het inlopen van water tegen te gaan.

Navelverzorging

De verzorging van de navelstomp moet zo schoon mogelijk gebeuren [3;21]. De handen van de kraamverzorgende moeten voor en na het verzorgen gewassen worden [werkinstructies]. Om eventuele besmetting met het AIDS en/of hepatitis virus te voorkomen verdient het aanbeveling handschoenen te dragen [werkinstructies]. De kraamverzorgende inspecteert de navelstomp op nabloeden [werkinstructies]. Diverse werkinstructies bevelen gebruik van alcohol aan bij de (eerste) navelverzorging. In één werkinstructie wordt geadviseerd de navel zonder alcohol te verzorgen in verband met de kans op nabloeding.

Voeding van de pasgeborene

Vrouwen moeten toegang hebben tot professionele ondersteuning ten tijde van de eerste voeding na de bevalling [22]. Als de moeder borstvoeding gaat geven, assisteert de kraamverzorgende bij de eerste voeding [consensuspanel]. Het kind kan het beste gevoed worden zodra het aangeeft hier aan toe te zijn, bij voorkeur binnen een half uur tot een uur post partum [3;23;24][protocollen]. Zowel een groot systematisch overzicht van literatuur over borstvoeding [22] als een meta-analyse van gerandomiseerde trials [25] concluderen dat er geen onderbouwing is voor het definiëren van een 'kritische periode' post partum waarin de pasgeborene de eerste poging tot borstvoeding moet ondernemen. De eerste borstvoeding kan het beste ondernomen worden op het moment dat moeder en baby beide er aan toe zijn [22]. Vroeg beginnen met borstvoeding na de geboorte kan mogelijk contracties van de uterus stimuleren, waardoor er minder bloedverlies optreedt in de eerste periode na de bevalling [3].

Er bestaat verwarring over de noodzaak van een proefvoeding na de geboorte. In de uitgave 'Standaard advisering voor borstvoeding' van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg wordt beschreven: "Het geven van een proefvoeding vlak na de bevalling bij alle zuigelingen als test om de doorgankelijkheid van de slokdarm of de aanwezigheid van een oesofago-tracheale fistel op te sporen, is niet nodig" [24]. Dit advies wordt onderbouwd door een leerboek over borstvoeding waarin wordt beschreven dat, indien bij dergelijke afwijkingen enige moedermelk in de longen komt, dit geen probleem oplevert [26]. Ook wordt verwezen naar een opinie-artikel waarin wordt geadviseerd dat het gericht zoeken naar een slokdarmafsluiting alleen is aangewezen bij een hydramnion, als het kind speeksel uit de mond laat lopen, of als het ademhalingsproblemen toont [27].

In de diverse protocollen, die met name borstvoeding behandelen, wordt terecht geadviseerd de eerste borstvoeding als proefvoeding te beschouwen. In sommige protocollen wordt het advies echter uitgesproken voor alle zuigelingen, ook voor flesgevoede kinderen. In de literatuur kon geen onderbouwing gevonden worden ter ondersteuning van welk beleid dan ook bij proefvoeding voor flesgevoede kinderen.

Ononderbroken contact met moeder

Als de conditie van moeder en baby het toelaat, zorgt de kraamverzorgende voor ononderbroken (huid op huid) contact tussen moeder en kind. Uit diverse studies, consensusdocumenten en reviews blijkt dat ononderbroken contact mogelijk het op gang komen van de borstvoeding bevordert [3;22;23;28;29]. Het bewezen effect van vroeg en ononderbroken contact op het ontwikkelen van een goede relatie tussen moeder en kind, een vermindering van het aantal pasgeborenen met ondertemperatuur en een toename van de duur van de borstvoeding wordt beschreven in diverse (systematic) reviews [3;22;23;25]. Bij ononderbroken contact zijn de bloedsuikers van het kind 90 minuten post partum gemiddeld hoger [12].

Veilig slapen

Om wiegendood te voorkomen, is er in Nederland overeenstemming bereikt over een reeks van maatregelen. Deze zijn samengevat in een consensusdocument, dat voornamelijk gebaseerd is op observationele of case-control studies uitgevoerd in en buiten Nederland [17]. In dit document is buikligging als slaaphouding niet aanbevolen voor baby's. Gedurende de eerste 2 levensweken kan een baby zowel op de rug als op de zij gelegd worden. Daarna is het aan te raden de baby alleen op de rug te laten slapen [17]. In de werkinstructies wordt dit 'veilig slapen' advies niet eenduidig uitgelegd met betrekking tot de slaaphouding direct post partum. In 17 van de 28 werkinstructies wordt rugligging pas vanaf een later tijdstip dan direct post partum geadviseerd. Deze varieerde van uiterlijk na één week tot na 10 dagen, tot na 2 weken [werkinstructies]. (zie ook paragraaf 3.3.4. 'Veilig slapen')

3.3 Kraamverzorging

Onder kraamverzorging wordt verstaan het signaleren en voorkomen van gezondheidsrisico's voor moeder en kind, het begeleiden van het kraamgezin bij de integratie van het kind, alsmede het zorgdragen voor de noodzakelijke rust voor moeder en kind. Uitgangspunt hierbij 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 [2].

De kraamverzorging in de postnatale periode is onlosmakelijk verbonden met het Nederlandse systeem van verloskundige zorg. In Nederland is tot nu toe geen onderzoek gedaan naar de inhoudelijke kwaliteit van kraamverzorging, maar wel naar satisfactie met de kwaliteit van de zorgverlening. Kraamvrouwen zijn positief over de kwaliteit van de zorg en hebben veel waardering voor de deskundigheid van de kraamverzorgende [30]. In landen waar men niet bekend is met dit systeem van kraamzorg, is wel onderzoek gedaan naar post partum huisbezoeken. Deze studies tonen een grote satisfactie bij de consumenten over de huisbezoeken [31-34]. In een vergelijkend onderzoek wordt, bij vrije keus, een kraambed thuis beter geëvalueerd dan een kraambed in het ziekenhuis [31]. De huisbezoeken zijn in deze onderzoeken meestal afgelegd door verpleegkundigen en/of verloskundigen, en (een deel van) de door hen verrichte taken zijn vergelijkbaar met die van de kraamverzorgende in Nederland. Verzorging door zo min mogelijk verschillende hulpverleners leidt, behalve tot grotere tevredenheid [35], tot minder conflicterende adviezen en het beter opvolgen van instructies en adviezen [36]. Ook in Nederland is vastgelegd in de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' dat de kraamverzorging zoveel mogelijk door dezelfde kraamverzorgende wordt verleend [1].

3.3.1 Vroege signalering van pathologie bij moeder en kind

In de postnatale periode doet de kraamverzorgende observaties en controles bij de moeder en het kind [1], en vraagt de moeder gericht naar klachten om tijdig mogelijke pathologie te signaleren [werk-instructies]. Registratie hiervan wordt vermeld in de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg' als een bewakingsinstrument voor het zorgproces. Een systematische registratie draagt bij aan het daadwerkelijk uitvoeren van de gebruikelijke controles en observaties, en is noodzakelijk voor een goede overdracht naar andere hulpverleners [consensuspanel]. Dankzij deze registratie kan de verloskundige hulpverlener zich tijdens de kraamvisites op de hoogte stellen van de bevindingen, ook wanneer de hulpverlener aanwezig is buiten de tijden dat de kraamverzorgende aanwezig is [consensuspanel]. Tussen de kraamverzorgende en verloskundige hulpverlener dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over wanneer en hoe de verloskundige hulpverlener geïnformeerd wordt, met name op de dagen dat de hulpverlener niet op visite komt [consensuspanel]. De eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg ligt bij de verloskundige hulpverlener [consensuspanel].

3.3.1.1 Moeder

De volgende pathologie kan zich bij de moeder voordoen tijdens het kraambedperiode: infecties (vulva en perineum, endometritis, urineweginfecties, mastitis puerperalis), bloedingen (vaginaal, vulva), trombo-embolie (trombose, long-embolie, tromboflebitis), post partum depressie en bekkenpijn [37].

Temperatuur

Het controleren van de temperatuur is gericht op het signaleren van infecties bij de moeder, en op het optreden van trombo-embolische processen. Buiten Nederland wordt temperatuurmeting niet routinematig verricht in de postnatale periode [38]. In een grote observationele studie onder vrouwen na de bevalling werd opgemerkt dat de temperatuur niet altijd verhoogd is bij infectie, waaruit geconcludeerd kan worden dat routinematige temperatuurmeting post partum geen betrouwbare indicator lijkt te zijn van pathologie [39]. In een kleinere studie werd opgemerkt dat, door een grote variabiliteit in temperatuur post partum, 'normale' en 'niet-normale' waardes moeilijk van elkaar zijn te onderscheiden [40]. In een literatuur review wordt beschreven dat koorts post partum vaak voorkomt en dat episodes van verhoging ($>38,4^{\circ}\text{C}$) vaak vanzelf over gaan zonder interventie [41]. Bij het vermoeden van infectie in de eerste week post partum dient volgens de WHO de temperatuur van de moeder opgenomen te worden [3].

Over het nut van routinematige temperatuurmeting in de kraambedperiode als middel om tijdig ziekte op te sporen is geen onderzoek gedaan. Toch wordt het regelmatig meten van de temperatuur van de kraamvrouw post partum geadviseerd in leerboeken voor verloskunde [37] en kraamverzorging [11] en hoort dit tot de basale controles van de kraamverzorging in Nederland [werkinstructies]. Volgens één deelnemer van het consensuspanel draagt dagelijkse temperatuurmeting, ook als de kraamvrouw geen klachten heeft, bij aan de medicalisering van de kraamvrouw. Hoewel de overige panelleden zich in deze mening konden vinden, waren zij toch van mening dat het gevaar van medicalisering niet opweegt tegen de mogelijkheid van tijdige opsporing van ziekte door deze handeling. Zij vinden daarom dat de temperatuur dagelijks minimaal eenmaal gemeten dient te worden, ook als de kraamvrouw geen klachten heeft [consensuspanel].

Er bestaat geen eenduidigheid over de definitie van een abnormale temperatuur in de postnatale periode [42]. Volgens een 'Technical Working Group' van de WHO is een lichaamstemperatuur boven de 38°C abnormaal [3]. Behandeling wordt geïndiceerd bij een temperatuur van $>38,7^{\circ}\text{C}$ binnen 24 uur na de bevalling, bij een temperatuursverhoging van $>38^{\circ}\text{C}$ gedurende twee dagen van de eerste 10 dagen post partum of bij episodes van verhoging die niet spontaan overgaan [41]. Bij een temperatuur boven de 38°C moet de verloskundige hulpverlener direct gewaarschuwd worden [consensuspanel]. In sommige werkinstructies wordt geadviseerd in dat geval de temperatuur na 1 uur over te meten waarna alsnog de verloskundige hulpverlener gewaarschuwd kan worden [werkinstructies]. Indien mogelijk dient de temperatuur rectaal gemeten te worden [consensuspanel]. Indien anders dan rectaal, dient de gemeten waarde te worden genoteerd met melding van de manier waarop deze gemeten is [consensuspanel]. Sommige werkinstructies laten axillaire temperatuurmeting toe, met de aanbeveling dit op de temperatuurlijst te vermelden of de gemeten waarde met een vermeerdering van $0,3-0,5^{\circ}\text{C}$ te noteren [werkinstructies]. Indien axillair een temperatuur boven de $37,6^{\circ}\text{C}$ wordt gemeten, dient deze rectaal over gemeten te worden [consensuspanel].

Pols

De pols wordt dagelijks minimaal eenmaal gemeten om eventuele trombo-embolitische processen op te sporen [consensuspanel]. Dit gebeurt na een rustperiode, gedurende 15-30 seconden. Een pols tussen de 60-100 is normaal. Bij pieken moet de verloskundige hulpverlener ingelicht worden [werkinstructies].

Bloedverlies/lochia

Naast de temperatuur en pols wordt ook het bloedverlies gecontroleerd en geregistreerd met als doel pathologie zoals endometritis en achtergebleven placentaresten op te sporen [consensuspanel]. Bloedverlies wordt dagelijks geobserveerd op hoeveelheid en geur door inspectie van het kraamverband [werkinstructies].

Fundus

Controle van de involutie van de uterus wordt door sommigen beschouwd als een belangrijk middel om infectie en achtergebleven placentaresten op te sporen [38]. Er bestaat echter ook onduidelijkheid over het nut van het routinematig controleren van uterus involutie (al dan niet tezamen met het observeren van lochia) [42]. De handeling om tijdens het kraambed de involutie van de uterus te bepalen door fundusmeting met de centimeter of 'op de hand' is onvoldoende betrouwbaar gebleken door de grote intra- en interobservatie variabiliteit [42;43]. In een observationele studie werd een grote variabiliteit gevonden in het involutiepatroon, ongeacht de wijze van meten [44].

Desondanks behoort fundusmeting tot de basale controles in de kraamperiode. Het controleren van de uterus op fundushoogte, gecombineerd met controle op hoeveelheid en geur van de lochia, is essentieel voor het opsporen van endometritis en behoort tot de dagelijkse controles door de kraamverzorgende [consensuspanel].

Inspectie van het perineum

Perineumpijn komt veel voor in de postnatale periode. De gerapporteerde incidentie (uit observationele studies) varieert van 23% tot 42%, afhankelijk van het moment in het kraambed waarop ernaar gevraagd wordt. Dagelijkse inspectie van het perineum verdient aanbeveling [3]. Met uitzondering van één deelnemer, werd deze aanbeveling ondersteund door het consensuspanel [consensuspanel].

Evenals bij temperatuurcontrole is volgens één lid van het consensuspanel inspectie van het perineum bij het optreden bij pijn of andere klachten voldoende om eventuele adviezen en behandeling tijdig in te zetten, en werkt dagelijkse inspectie medicalisering van het kraambed in de hand. Indien er sprake is van een ruptuur of episiotomie wordt het perineum gecontroleerd op ontstekingen van de wond [werkinstructies].

Benen

De benen van de kraamvrouw worden dagelijks gecontroleerd op signalen van trombo-embolische processen [consensuspanel]. Daarbij wordt gelet op rode plekken, pijn, glanzende huid, en warmteverschil tussen links en rechts [werkinstructies].

Borsten

De borsten worden dagelijks gecontroleerd op het optreden van stuwings, tepelkloven en signalen van (dreigende) mastitis [consensuspanel, werkinstructies].

Ontlasting

De eerste week wordt dagelijks geregistreerd of er bij de vrouw ontlasting is geweest, o.a. omdat het vaak een week duurt voordat de ontlasting op gang is [consensuspanel]. Dankzij deze registratie is beter te volgen hoe het ontlastingspatroon is geweest, ook bij overdracht naar een andere hulpverlener [consensuspanel]. Zelfrapportage wordt door het consensuspanel niet als erg betrouwbaar ingeschat [consensuspanel].

Mictie

De eerste 8-12 uur post partum dient de urineproductie zorgvuldig geobserveerd te worden [3]. Indien hierna de urineproductie nog niet op gang is, wordt de vrouw aangemoedigd om te proberen te plassen [3]. Het patroon van mictie dient gecontroleerd (geobserveerd) te worden totdat men ervan verzekerd is dat deze normaal is [consensuspanel]. Urineretentie komt met name voor in de periode na de geboorte, met een incidentie van 2% tot 18% [42]. Deze conditie wordt gezien als een predisponerende factor voor het ontstaan van urineweginfecties post partum [3]. Uit de literatuur is geen bewijs gevonden voor het nut van dagelijkse observatie van het mictiepatroon ten einde een cystitis vroegtijdig op te sporen. Er is geen consensus uitgesproken over de noodzaak van registratie van mictie in een zorgplan.

Daarnaast lijkt signalering van incontinentieklachten door de kraamverzorgende nuttig. Incontinentie is een veelvuldig voorkomend probleem en wordt in meer of minder ernstige mate door 55% tot 68% van de moeders gerapporteerd [45]. Voor de bepaling van het juiste beleid, zowel ter preventie als behandeling van incontinentie is nader onderzoek nodig [42].

Geestelijk welzijn

De heftig emotionele en lichamelijke ervaring van een baring, heeft grote invloed op het psychisch welbevinden van de vrouw. De kraamverzorgende informeert daarom naar het geestelijk welzijn van de kraamvrouw [werkinstructies]. Als zij op grond van deze informatie, of van haar observaties, hierover twijfels heeft overlegt zij met de verloskundige hulpverlener [consensuspanel]. De gewone post partum 'blues', meestal optredend rond de vijfde dag na de geboorte, behoeft geen therapie, hooguit empathie [42]. Het opsporen van een post partum depressie lijkt echter niet mogelijk in de kraambedperiode [42].

3.3.1.2 Kind

De volgende pathologie kan zich bij het kind voordoen tijdens het kraambed: infecties (huid, navel, ogen, urineweg, sepsis), groei- en voedingsproblemen, slecht op temperatuur blijven, icterus, bloedingen (vitamine K tekort), niet ontdekte congenitale afwijkingen zoals darmafsluitingen en hartafwijkingen, en geboortetraumata zoals cefaal hematoom en claviculafractuur [46].

Kinderen dienen kort post partum en in de week daarna geobserveerd te worden ten einde morbiditeit te identificeren [18;47]. Observatie kan het beste plaatsvinden als moeder en kind niet gescheiden worden, omdat dit minder belastend is voor het kind [3;47]. In het buitenland is het beleid van vroeg ontslag van pasgeborenen uit het ziekenhuis in meerdere studies aan de orde geweest. Studies waarbij moeder en kind snel ontslagen werden zonder verdere begeleiding in het kraambed melden significant meer heropnames [47;48] dan de studies waarbij begeleiding gedurende het kraambed plaatsvond door verpleegkundigen en/of vroedvrouwen [33;49-51].

Signalering van mogelijke pathologie bij het kind is mogelijk aan de hand van controle en observatie van de temperatuur, ademhaling, tonus, kleur, gedrag en motoriek, mictie, ontlasting en gewicht [3]. Kraamverzorgenden hebben hierbij een taak [2]. In de werkinstructies is niet bij al deze kenmerken goed beschreven hoe zij horen te observeren en wat zij kunnen herkennen als afwijkend. Wel is duidelijk dat zij alle afwijkende waarnemingen behoren te rapporteren aan de verloskundige hulpverlener [werkinstructies]. Bij twijfel over de gezondheid van de baby licht de kraamverzorgende de verloskundige in ieder geval dezelfde dag in. De verloskundige hulpverlener is verantwoordelijk voor het welzijn van het kind [consensuspanel].

Temperatuur

Met het oog op het controleren van een adequate warmteregulering en het opsporen van pathologie zoals infecties en dorstkoorts, wordt de temperatuur van de baby dagelijks gemeten [consensuspanel]. De werkinstructies schrijven voor de eerste 4 à 5 dagen minimaal 2x te temperen [werkinstructies]. De normale temperatuur ligt tussen 36,5°C en 37 à 37,5°C [werkinstructies]. Bij lichte afwijkingen van de normale temperatuur kan de kraamverzorgende maatregelen nemen, zoals meer of minder dekentjes en/of kleertjes, niet baden, en/of de omgevingstemperatuur aanpassen [werkinstructies]. Zowel een te hoge als een te lage lichaamstemperatuur kan duiden op een infectie bij de pasgeborene [46]. Te hoge temperatuur kan ook op dehydratie wijzen [46]. Bij een temperatuur onder de 36,0°C of bij een temperatuur boven de 38,0°C wordt daarom de verloskundige hulpverlener direct ingelicht [consensuspanel]. Over de juiste manier van opmeten zijn in de literatuur conflicterende adviezen in de omloop. Soms wordt rectaal meten aanbevolen [52], omdat deze meting nauwkeuriger zou zijn. Volgens het consensuspanel verdient rectale meting de voorkeur boven axillaire meting, en behoren oorthermometers niet gebruikt te worden vanwege de onnauwkeurigheid [consensuspanel, werkinstructies].

Kleur

Een gele verkleuring van de baby komt voor bij ongeveer 15% van de à term geboren kinderen [3]. Een ernstig gele verkleuring kan duiden op een hyperbilirubinaemie, die bij te hoge waarden behandeld moet worden. Ook een bleke of grauwe kleur van de zuigeling kan een symptoom van (ernstige) pathologie zijn. De kleur wordt door de kraamverzorgende dagelijks geobserveerd en geregistreerd in het zorgplan [consensus, werkinstructies]. Bij elke twijfel of ongerustheid over de kleur van de baby, en zeker bij ernstige verkleuring, brengt de kraamverzorgende de verloskundige hulpverlener onmiddellijk op de hoogte [consensuspanel]. Bij de beoordeling van icterus neonatorum moet, behalve naar de kleur van het kind, ook naar zijn gedrag en voedingstoestand, en naar eventuele aanwezigheid van petechiën worden gekeken [53]. Als de mate van icterus alleen 'op het oog' beoordeeld wordt, berust de juistheid van die beoordeling grotendeels op toeval, zelfs bij ervaren verpleegkundigen en artsen [54]. De verloskundige hulpverlener is verantwoordelijk voor het bepalen van de diagnose 'te geel' [consensuspanel]. Tussen de kraamverzorgende en verloskundige hulpverlener dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over wanneer en hoe de verloskundige hulpverlener geïnformeerd wordt, met name op de dagen dat de hulpverlener niet op visite komt [consensuspanel].

Overige observaties

Naast controle van de temperatuur en kleur is ook observatie van de ademhaling, tonus, motoriek en gedrag belangrijk voor het signaleren van pathologie zoals infecties, pathologische icterus, en niet ontdekte congenitale afwijkingen. Zo moet het opsporen van een infectie bij een pasgeborene, behalve aan de hand van temperatuurmeting (weinig specifiek), ook gebeuren door beoordeling van de kleur, tonus en ademfrequentie van de pasgeborene [18].

Tellen van de ademhaling komt niet in de werkinstructies voor, wel wordt in enkele werkinstructies beschreven wat een normale ademhaling is bij een zuigeling. Observatie en registratie van de ademhaling is een dagelijkse taak van de kraamverzorgende, maar het tellen van de ademhaling is alleen nodig indien geïndiceerd [consensuspanel].

Uit de werkinstructies blijkt niet eenduidig in hoeverre het observeren van tonus, motoriek, huilgedrag, drinkgedrag en slaap-waakritme behoort tot de taken van de kraamverzorgende. Ook de wijze waarop deze observaties worden uitgevoerd, wordt niet eenduidig beschreven in de werkinstructies.

Volgens het consensuspanel dienen deze observaties gedurende de hele kraamperiode te worden gedaan door de kraamverzorgende [consensuspanel].

Mictie en ontlasting

De mictie en ontlasting geven belangrijke informatie over de voedingstoestand van de baby. Beoordeling van de voedingstoestand is mogelijk aan de hand van de dagelijkse observatie van mictie en ontlasting, zoals deze door de kraamverzorgende wordt uitgevoerd [consensuspanel]. Het aantal plasluiers op een dag is een aanwijzing of de baby voldoende gehydrateerd is [55]. Dit wordt dagelijks door de kraamverzorgende geregistreerd in het zorgplan [consensuspanel; werkinstructies]. Het signaleren van de eerste ontlasting is belangrijk om aangeboren aandoeningen bij het kind uit te sluiten. Ook dit behoort tot de taken van de kraamverzorgende. Verder registreert de kraamverzorgende de dagelijkse frequentie van de ontlasting en let zij op kleur, geur en consistentie [werkinstructies]. Zij kent het onderscheid tussen meconium, overgangsentlasting, en ontlasting bij borstvoeding en flesvoeding [11][werkinstructies].

Spugen

Ook spugen door de baby wordt door de kraamverzorgende geobserveerd en geregistreerd [consensuspanel].

Gewicht

Het bepalen van het gewicht van een pasgeborene is één van de handelingen die behoort tot het algemene onderzoek na de geboorte [3]. Over het algemeen wordt het wegen van het kind tijdens de kraamtijd gebruikt om te beoordelen of het kind (met name het borstgevoede kind) voldoende voeding krijgt. Het routinematig voor en na een voeding wegen geeft echter geen goede maat voor de voedselinname [56] en blijkt een nadelige invloed te hebben op de borstvoeding [57]. In de uitgave 'Standaarden voor borstvoeding' van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg wordt nadrukkelijk beschreven dat er bij een gezond kind voldoende observatiemogelijkheden zijn om te beoordelen of het kind goed groeit. Vaker dan één keer per week wegen wordt afgeraden [24]. Het consensuspanel was van mening dat op de (voor)laatste dag van de kraamzorg het kind gewogen dient te worden. Sommigen waren van mening dat ook op de vijfde dag na de geboorte gewogen moet worden, maar hierover werd geen consensus bereikt. Het verkrijgen van een uitgangsgewicht voor de verdere zorgverlening of het opmerken van een zogenaamde 'stille' ondervoeding [55] werden genoemd als redenen voor wegen in de kraamtijd. Er is in de verschillende protocollen geen overeenstemming gevonden over een weegbeleid bij borstvoeding. De aanwijzingen variëren van niet wegen, om de dag wegen, 2 à 3 maal per week wegen, tot eenmaal per week wegen, of alleen dagelijks wegen bij risicokinderen (waarbij werd genoemd: baby <2750 of >4250 gram, pre- of dysmaturiteit, serotiniteit, zuigproblemen, afwijkingen zoals schisis of Down-syndroom, geboortetrauma, lage apgarscore, moeder met fluxus, ingetrokken of vlakke tepels, borstoperaties). Er werd geen consensus bereikt over wie de verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van het vaststellen van het weegbeleid: de verloskundige hulpverlener of de kraaminstelling [consensuspanel]. Wel werd opgemerkt dat het minder belastend is voor het kind als de kraamverzorgende zelf het wegen kan uitvoeren, omdat het tijdstip gekozen kan worden wanneer het kind al wakker is. Logistiek gezien betekent dit dat iedere kraamverzorgende uitgerust moet worden met een weegschaal. Eén van de genoemde implicaties voor de praktijk uit het systematische review 'Enabling women to breastfeed' is dat kennis van de betekenis van de gewichtmaat bij pasgeborene nodig is om te bepalen wanneer slechte (of niet voldoende) groei een reden is voor deskundige evaluatie van de borstvoeding [22]. Over aanwijzing van de verantwoordelijke per-

soon voor het vaststellen van een voedingsbeleid naar aanleiding van het wegen, werd geen consensus bereikt. De vraag is of de kraamverzorgende zelfstandig mag adviseren, of altijd hoort te overleggen met de verantwoordelijke verloskundige hulpverlener.

Huid, ogen en navel

De kraamverzorgende inspecteert de ogen op infectieverschijnselen. Ook de huid wordt geobserveerd op kleur en turgor, maar ook op vlekjes, pukkeltjes en andere mogelijke verschijnselen [werkinstructies].

De navel wordt de eerste dagen gecontroleerd op doorbloeden, en verder op infectieverschijnselen (geur, pus, roodheid) [werkinstructies]. Na een partus in het ziekenhuis, vooral als het kind opgenomen is geweest op een kinderafdeling of NICU, moet de kraamverzorgende extra alert zijn op de aanwezigheid van een staphylococce infectie, met name aan ogen of navel [58].

3.3.2 Waarborgen van een goede hygiëne

Goede hygiëne tijdens de kraamverzorging is gericht op preventie van besmetting van moeder, kind én kraamverzorgende. Voor hygiëne-maatregelen tijdens de kraamverzorging is het protocol van de Landelijke Vereniging Thuiszorg bruikbaar. Verschillende kraambureaus hebben hierop een eigen hygiëneprotocol of werkinstructies gebaseerd. Bij een aantal onderwerpen is gekeken naar eventuele verschillen tussen de diverse protocollen.

3.3.2.1 Persoonlijke hygiëne

Handschoenen

Handschoenen moeten gedragen worden als men met mogelijk gecontamineerde lichaamsvloeistoffen in aanraking komt [3]. Handschoenen worden gedragen wanneer er tijdens de verzorging sprake is van een kans op contact met bloed of andere lichaamsvloeistoffen, of daarmee verontreinigde artikelen [consensuspanel]. Hierbij wordt opgemerkt dat ook moedermelk een lichaamsvloeistof is. Er is echter nergens een aanbeveling te vinden waarin het dragen van handschoenen wordt aangeraden bij het assisteren van borstvoeding of kolven. Ook bij schoonmaakwerkzaamheden wordt het dragen van (huishoud)handschoenen voorgeschreven [protocol].

Handen wassen

Handen dienen voor en na iedere handeling met gewone zeep gewassen te worden [59]. Voor en na verzorgende contacten (ook als er handschoenen zijn gedragen) worden de handen gewassen met zeep, afgespoeld en gedroogd met een schone handdoek of papier. De meeste protocollen adviseren het gebruik van vloeibare zeep, een enkel protocol schrijft het gebruik van een aparte zeep voor (alleen door de kraamverzorgende te gebruiken). Door sommige protocollen wordt opgemerkt dat gebruik van desinfectans voor de handhygiëne even effectief is, maar bij veelvuldig gebruik minder schadelijk is voor de huid dan water en zeep.

Kleding, sieraden, haar, nagels

Kledingvoorschriften zijn bij de diverse kraamzorginstellingen verschillend. De meeste instellingen schrijven het gebruik van een uniform of een uniformjasje voor, dat elke 1 of 2 dagen verschoond dient te worden. Bij de overige instellingen wordt goed wasbare kleding voorgeschreven. Daarnaast

wordt een plastic schort of een overschort voorgeschreven tijdens handelingen met kans op bloedcontact, en tijdens verzorgende handelingen.

Het dragen van ringen, armbanden en polshorloges tijdens handelingen aan de cliënten wordt in de verschillende protocollen niet toegestaan. Door één protocol wordt alleen een gladde ring toegestaan. Haren dienen schoon en verzorgd te zijn, en opgestoken of opgebonden te worden. Baarden en snorren moeten kort en schoon zijn. Nagellak wordt door een aantal protocollen verboden, en in een aantal protocollen alleen toegestaan als deze intact is.

Alleen gebruik van papieren zakdoeken is toegestaan, en deze mogen maar één keer gebruikt worden. Daarna moeten de handen gewassen worden.

3.3.2.2 Voorschriften bij mogelijk besmettelijke aandoeningen

Besmettelijke kraamvrouw

De meest protocollen schenken aandacht aan de verzorging van mogelijk besmettelijke kraamvrouwen. Daarbij wordt aan de werknemers extra achtergrondinformatie gegeven over HIV, Hepatitis A en B, en Herpes Simplex. In mindere mate wordt ook Hepatitis C, MRSA en TBC besproken in de protocollen.

Prik- en spataccidenten

Kraamverzorgenden dienen op de hoogte te zijn van de laatste landelijke richtlijnen ter preventie van Hepatitis B en C en HIV bij prik- of spataccidenten [consensuspanel]. Dit lijkt niet altijd het geval te zijn. Met betrekking tot de mogelijkheid tot PEP (post-expositie-profylaxe) bij een mogelijke expositie aan HIV lijkt slechts het protocol van één van de kraamzorginstellingen bijgesteld volgens de jongste inzichten. Voor PEP is een snelle inschatting van het infectie-risico noodzakelijk, zodat zonodig binnen een aantal uren en in ieder geval binnen 24 uur met anti-virale middelen kan worden gestart. In een aantal protocollen is uitgewerkt welke maatregelen genomen moeten worden om besmetting van Hepatitis B door een prik- of spataccident te voorkomen. De aanbevelingen voor het melden van prik- en spataccidenten lopen uiteen van melden als besmetting waarschijnlijk is, tot altijd zo snel mogelijk melden of melden binnen 48 uur.

Besmettelijke kraamverzorgende

Een Herpes Simplex infectie (koortslip) bij de kraamverzorgende kan soms leiden tot ernstige ziekte bij de pasgeborene en hiertegen dient het kind beschermd te worden [consensuspanel]. Een kraamverzorgende met een actieve Herpes Simplex infectie aan de lip kan volgens de meeste protocollen werken met een mondkap, eventueel na contact met de huisarts te hebben gehad [protocollen]. Volgens het consensuspanel mag een kraamverzorgende met een koortslip werken in een gezin met een pasgeboren baby, als zij een mondkapje draagt én voor elk contact met de baby haar handen zorgvuldig wast [consensuspanel]. Herpes Simplex aan de hand wordt soms expliciet genoemd als een reden om niet te werken [werkinstructies]. Overigens wordt opgemerkt dat het ideaal zou zijn om optimale bescherming te bieden door geïnfecteerde kraamverzorgenden niet te laten werken, maar dat men zich realiseert dat dit door capaciteitsproblematiek zou kunnen leiden tot minder of geen zorg tijdens de kraambedperiode. Dit is een pragmatische oplossing, analoog aan het algemene beleid in ziekenhuizen. Bij een verkoudheid wordt het dragen van een mondkap voorgeschreven [werkinstructies]. Een aantal keer is voorgeschreven dat de kraamverzorgende bij elke besmettelijke aandoening advies vraagt aan de huisarts over het al dan niet kunnen werken [werkinstructies].

3.3.2.3 Huishoudelijke hygiëne

Sanitair

Uit verschillende werkinstructies is op te maken dat sanitair tijdens de kraamtijd huishoudelijk gereinigd dient te worden, hetzij dagelijks of regelmatig. Opheldering over de frequentie hiervan werd gevraagd aan het consensuspanel, dat van mening is dat uit hygiënisch oogpunt dagelijks schoonmaken van de badkamer en toiletten in de kraamtijd noodzakelijk is [consensuspanel]. Gebruik van desinfectans wordt door de meeste protocollen niet voorgeschreven. Een enkel protocol adviseert het gebruik van bleek of alcohol. Gebruik van Dettol wordt door één protocol voorgeschreven, en door een ander protocol expliciet afgewezen.

Overige huishoudelijke handelingen

Het bed dient volgens sommige protocollen gelucht en verschoond te worden zoals in het gezin gebruikelijk is, volgens andere protocollen dagelijks gelucht en om de dag verschoond. Stofzuigen en andere schoonmaakwerkzaamheden dienen regelmatig te worden uitgevoerd.

Voorbeeldfunctie

De kraamverzorgende geeft voorlichting over hygiëne in het gezin, en geeft hiervan voorbeelden tijdens haar werkzaamheden [consensus].

3.3.3 Bevorderen van geestelijk en fysiek herstel van de kraamvrouw

In de eerste week post partum rapporteert tenminste 82% van de kraamvrouwen klachten [60]. Deze klachten zijn uitingen van milde tot ernstige morbiditeit, zoals moeheid (bloedarmoede), pijn aan het perineum, borstproblemen, rugpijn, constipatie en aambeien, 'blues', abnormale afscheiding, mictieproblemen en blaasontsteking [60].

Rust

Kraamvrouwen slapen geïnterrumpeerd. Als zij dit compenseren met uitslapen en dutjes tussendoor, wordt hun alertheid, geheugen en psychomotorisch functioneren niet negatief beïnvloed door de onderbroken slaap [61]. Kraamverzorgenden dienen zorg te dragen voor een dagelijkse rustperiode voor de kraamvrouw om haar herstel te bevorderen [consensuspanel]. Mogelijk draagt voldoende rust bij aan het verminderen van het ontstaan van post partum 'blues' en post partum depressie [consensuspanel].

Mobilisatie

Voor mobilisatie van een gezonde kraamvrouw bestaan geen eenduidige richtlijnen. De kraamvrouw voelt zelf het beste aan wanneer en hoeveel zij uit bed komt tijdens de kraamtijd [consensuspanel]. Een taak van de kraamverzorgende is om systematisch aandacht te besteden (wel of niet dagelijks) aan de mobilisatie van de vrouw. Hierbij moet rekening worden gehouden met de individuele omstandigheden van de kraamvrouw [consensuspanel]. In geval van bekkeninstabiliteit overlegt zij hiervoor met de verloskundige hulpverlener [consensuspanel].

Perineum en labia

Schoonhouden van een perineum- of labiawond wordt in diverse werkinstructies beschreven als spoelen met water (variërend van elke 3 uur tot eenmaal daags) of 1 à 2 maal daags deppen met natte

watten [werkinstructies]. Verzorging van een niet-geïnfekteerde perineumwond hoeft niet door de kraamverzorgende te gebeuren indien de kraamvrouw zelf in staat is dit te doen (het perineum spoelen onder de douche of in bad) [consensuspanel].

Bij pijnklachten wordt het gebruik van koude kompressen en/of eventueel een windring bij het zitten aanbevolen, eventueel na overleg met de verloskundige [werkinstructies]. Er is een aantal studies gedaan naar de effectiviteit van verschillende behandelingen van perineumklachten. Hoewel koude pakkingen snel en effectief werken tegen pijn, minder oedeem na 48 uur bewerkstelligen en door vrouwen worden gewaardeerd [62], is er geen bewijs voor een lange termijn effect [63]. In een review is opgemerkt dat vasoconstrictie (veroorzaakt door het toedienen van koude pakkingen) mogelijke wondheling vertraagt [63]. Het gebruik van lokale anesthesie is wel in gerandomiseerde opzet getoetst en effectief gebleken, hoewel op de methodologie van de studie enige aanmerkingen zijn te maken [64]. Orale pijnbestrijders worden vaak toegepast maar zijn nooit gerandomiseerd onderzocht. In een survey werd paracetamol door vrouwen als het meest effectief aangewezen [65]. In twee kleine trials is het effect van het geven van Diclofenac zetablets profylactisch als middel tegen perineumpijn bewezen [66;67]. Uit een trial is bekend dat koude zitbaden perineumpijn mogelijk verlichten, maar slechts tot een half uur na het baden [68]. In een groot gerandomiseerd onderzoek van 1800 vrouwen werd aangetoond dat toevoegingen aan het badwater, zoals zout of neutrale badgels, geen effect hebben op de pijn of wondgenezing, maar dat deze door vrouwen wel als prettig worden ervaren [69]. Toevoegen van badolie of lavendelolie aan het badwater lijkt geen gunstig effect te hebben op perineum pijn [70]. Voor het therapeutisch gebruik van ultrasound ter bestrijding van de perineumpijn zijn aanwijzingen dat deze therapie mogelijk effectief is, maar hiernaar is meer onderzoek nodig [42]. Over de behandeling van totaal-rupturen bestaat zo weinig literatuur dat er geen aanbeveling kan worden gedaan voor de beste verzorging [42].

Aambeien

Naar een therapie voor aambeien post partum is geen onderzoek gedaan. Uit studies naar de behandeling van aambeien, zonder relatie met het kraambed, is de therapiekeuze afhankelijk van de ernst van de kwaal. Bij lichte tot matige klachten zullen dieetadviezen en verzachtende crèmes voldoende zijn. Bij zogenaamde graad IV aambeien (de aambeï is niet te reponeren in het darmkanaal) is chirurgische behandeling noodzakelijk. Fissuren komen bij 9% van de kraamvrouwen voor en geven veel klachten. De behandeling van fissuren is bij voorkeur conservatief: behandeling van de obstipatie en het toepassen van lokaal verzachtende middelen [42].

In de werkinstructies worden ijs, laxans, zalf en zetablets, al dan niet na overleg met de verloskundige hulpverlener, als behandeling van aambeien beschreven. Verantwoordelijkheid over de beslissing tot en de wijze van behandeling van aambeien ligt altijd bij de verloskundige hulpverlener [consensuspanel]. Hierbij werd opgemerkt dat dit ook geldt voor zogenaamde onschuldige huis-tuin-en-keuken middeltjes.

Obstipatie

Obstipatie komt vaak voor in het kraambed, en kan andere problemen zoals aambeien en fissuren veroorzaken of verergeren. Er is echter weinig onderzoek naar de beste behandeling van deze kwaal post partum. Tarwe, senna en zemelen toevoegen aan de dagelijkse voeding zorgt voor een frequentere defaecatie, maar senna kan daarbij hinderlijke krampen geven. De kraamverzorgende mag zelfstandig adviseren over voedingsmiddelen, zoals pruimen. Alleen in opdracht van de verloskundige hulpverlener mag zij andere middeltjes, zoals kruidenthee, lactulose en medicijnen (wel of niet vrij verkrijgbaar) adviseren of toedienen [consensuspanel].

Borstverzorging

Bij kraamvrouwen die flesvoeding geven kan de kraamverzorgende maatregelen nemen ter verlichting van de klachten, zoals het opbinden van de borsten of het adviseren van het dragen van een stevige BH [werkinstructies].

Borstverzorging bij vrouwen die borstvoeding geven, staat uitgebreid beschreven in de borstvoedingsprotocollen. Bij stuwing adviseren alle protocollen om vaak aan te leggen, in verschillende houdingen te voeden, en eventueel de borsten op te binden. Verder wordt warmte (voor de voeding) geadviseerd. Door een aantal protocollen worden koude kompressen geadviseerd na de voeding of tot maximaal ¼ - ½ uur voor de volgende voeding. Beperking van de vochtinname bij stuwing wordt afgeraden. Buiten de protocollen komen ook wel eens adviezen voor als het gebruik van Bulgaarse yoghurt of koolbladeren [werkinstructies]. Uit twee 'systematic reviews' van de literatuur blijkt dat stuwing soms voorkomen kan worden door geen restricties te geven aan het aantal en de duur van de voedingen, door te zorgen voor een goede positie van de baby aan de borst, en door aan één kant lang te voeden (in plaats van beide kanten) [22;23]. Het gebruik van koude kompressen of koolblad (koel of kamertemperatuur) kan resulteren in verbetering of afname van de symptomen, maar dit is mogelijk een placebo effect [22;71].

Met betrekking tot de tepelverzorging wordt wassen met zeep afgeraden [protocol, werkinstructies]. Het gebruik van tepelhoedjes wordt in de meeste protocollen afgeraden. Soms wordt aangeraden om zonnodig slechts korte tijd tepelhoedjes te gebruiken [protocol, werkinstructies]. Ter preventie of behandeling van tepelkloven wordt in alle protocollen geadviseerd een druppel moedermelk op de tepel te laten drogen. De meeste protocollen adviseren eventueel een geschikte zalf alleen 's nachts te gebruiken. Bijzondere adviezen die incidenteel gegeven worden bij tepelkloven zijn het gebruik van het vel van een gekookt ei of het gebruik van citroensap op de tepel. In één protocol wordt opgemerkt dat Johannesolie een fotoallergie zou geven. Uit de gerandomiseerde trials blijkt dat het gebruik van theezakjes, warme kompressen, lanoline, chloorhexidine en het laten drogen van borstvoeding op de tepel *niet* bewezen effectief is tegen het ontstaan van of bij de behandeling van tepelkloven. Goed aanleggen van de baby is de beste preventie [3;22;42].

Geestelijk welzijn

Ondersteuning door hulpverleners in de post partum periode bij angstige of gedeprimeerde vrouwen is geassocieerd met een afname van depressie na 6 maanden [72]. Het is nog onduidelijk of deze ondersteuning het best gegeven kan worden door opgeleide zorgverleners, mantelzorgverleners of in praatgroepen. Om post partum depressie te voorkomen wordt gesuggereerd dat het, vooral na een moeizame baring, kan helpen om met de kraamvrouw het verloop van de baring (herhaalde malen) te bespreken. Dit staat bekend als 'debriefing', een psychologische interventie gebruikt als behandeling van traumagerelateerde symptomen en een preventieve maatregel tegen 'post traumatic stress disorder' [73]. In een vergelijkend onderzoek bleek 'debriefing', door verloskundigen uitgevoerd in de postnatale periode bij vrouwen die bevallen waren per kunstverlossing of sectio caesarea, niet geassocieerd met een afname van maternale depressie [74]. Uit een meta-analyse van gerandomiseerde onderzoeken naar het effect van 'debriefing' als preventie voor post-traumatische stress syndroom, en niet specifiek in de postnatale periode, is geen effect gevonden [75].

De kraamverzorgende heeft aandacht voor psychische ondersteuning van de kraamvrouw en het gezin. Zij informeert naar de beleving van de bevalling. De verwerking van de bevalling zal mogelijk beter verlopen indien dezelfde kraamverzorgende die bij de partus aanwezig is later ook het kraambed verzorgt [consensuspanel]. De kraamverzorgende geeft informatie over de geestelijke gesteldheid van

kraamvrouwen, zoals het optreden van kraamtranen en emotionele labiliteit [consensuspanel]. Daarnaast stelt zij zich luisterend op, en evalueert de ervaringen van de dag en de nacht [consensuspanel]. Zij let ook op het goed verlopen van de integratie van de baby in het gezin.

3.3.4 Verzorging van pasgeborene en voorbereiding van gezin op deze taak

Borstvoeding

Borstvoeding wordt algemeen beschouwd als de beste voeding voor zuigelingen. De gezondheidswinst op korte en lange termijn bij het verkrijgen van borstvoeding is universeel aanvaard [3;22;24]. Onderzoek heeft aangetoond dat het van belang is dat de moeder tijdens de kraamperiode wordt bijgestaan door hulpverleners die een positieve houding hebben over borstvoeding [22;23]. Het thuis doorbrengen van het kraambed heeft een positieve invloed op de incidentie van borstvoeding [32;76;77]. Kraamzorginstellingen hanteren vaak een zelf gemaakt protocol voor de begeleiding van borstvoeding, dat in grote lijnen overeenkomt met de aanbevelingen van de WHO en met de 'Standaarden voor borstvoeding' zoals deze zijn geformuleerd door de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg [24].

Borstvoeding op verzoek verdient aanbeveling boven een voedingsschema [22;23;78]. Deze aanbeveling is terug te vinden in bijna al de borstvoedingsprotocollen. Op basis van goed onderzoek bestaat er bewijs dat de tijd dat een baby aan de borst zuigt niet beperkt mag worden. Er is geen onderbouwing gevonden voor de theorie dat het 'harden' van de tepels door invoering van een opbouwend tijdschema pijnlijke tepels zou kunnen voorkomen [22]. Dit wordt ook beaamd in de verkregen borstvoedingsprotocollen. De meeste protocollen adviseren goed aanleggen en daarna vaker en korter aanleggen bij pijnlijke tepels [protocollen]. Alles wat er aan het kind wordt aangeboden naast de borstvoeding, dus ook water, is bijvoeding [24;79;80]. De zesde vuistregel van de 'Tien vuistregels voor het welslagen van borstvoeding' is: "Tenzij op medische indicatie, krijgt de pasgeborene geen andere voeding dan borstvoeding" [24;79]. Het routinematig bijvoeden van de baby veroorzaakt mogelijke het vroegtijdig stoppen van de borstvoeding [22;81;82], en veroorzaakt soms tepel-speenverwarring [83], allergieën [84], of hypoglycaemie [85]. Afvallen tijdens de eerste dagen [22] en fysiologische icterus [22;24;86;87] zijn geen reden voor bijvoeding. Kleine baby's (<2800 gram) en grote baby's (>4000 gram) worden volgens alle protocollen in principe niet routinematig bijgevoed, maar extra frequent aangelegd. In een enkel protocol wordt er gesproken over bijvoeden in overleg met de verloskundige hulpverlener.

De meeste protocollen besteden aandacht aan darmkrampjes. Meestal wordt benadrukt dat ook flesgevoede baby's last van krampjes kunnen hebben. Adviezen die gegeven worden bij het optreden van krampjes zijn o.a. rustiger voeden, veel lichamelijk contact, massage of warmte, en het weglaten van prikkelende voedingstoffen uit het dieet van de moeder. Ook het geven van venkelthee vóór de voeding (volgens één protocol ná de voeding) wordt in bijna alle protocollen geadviseerd, hoewel daarbij soms terecht wordt vermeld dat de effectiviteit niet bewezen is. Als alternatief wordt het geven van venkelthee aan de moeder geopperd (tenzij teveel borstvoeding een oorzaak van de krampjes kan zijn). In één protocol werd het afkolven van de voormelk geadviseerd vanwege het hoge lactosegehalte. Het consensuspanel was het erover eens dat het niet nodig is om preventief een speciaal dieet aan de kraamvrouw te adviseren (als zij borstvoeding geeft) met het oog op het voorkomen van overmatige darmkrampjes van het kind [consensuspanel]. Het geven van venkelthee aan een borstgevoede baby ter voorkoming van darmkrampjes is een gebruik wat in strijd lijkt te zijn met het WHO protocol, waarin elke vorm van bijvoeding naast borstvoeding wordt afgeraden [consensuspanel]. Roken beïnvloedt succesvol borstvoeden negatief [76].

Flesvoeding

Met betrekking tot het geven van flesvoeding zijn er enkele verschillen tussen de werkinstructies van de kraamzorginstellingen. Enkele instellingen adviseren het water te koken voor de bereiding van een fles. Volgens anderen is koken alleen nodig als de voeding voor 24 uur tegelijk wordt klaargemaakt. Over de dosering dient volgens alle werkinstructies te worden overlegd met de verloskundige hulpverlener [consensuspanel]. In de werkinstructies wordt meestal uitgegaan van een schema, waarbij de dosering elke dag met 10 ml wordt opgehoogd. Soms wordt de eerste 4 dagen met 5 ml opgehoogd, of in geval van grote kinderen de eerste 3 dagen met 15 ml. Voor de hoeveelheid die het kind uiteindelijk dagelijks dient te krijgen, adviseren de meeste werkinstructies de instructies op de verpakking op te volgen. Enkele werkinstructies gaan uit van 150 ml, 150-170ml of 160-180 ml per kg lichaamsgewicht per dag. Uit de literatuur blijkt dat ook flesgevoede kinderen op verzoek kunnen worden gevoed [18]. Voor een flesvoeding dient voldoende tijd genomen te worden, tenminste 20 minuten [werkinstructies]. Als schoon water voorhanden is, is zowel het koken van water als het uitkoken van flessen en spenen overbodig [18].

Wassen en baden

Dagelijks baden van de baby is uit hygiënisch oogpunt niet noodzakelijk [consensuspanel]. Wel biedt het baden een goede mogelijkheid tot observatie van het kind en tot het geven van instructies en voorlichting over de verzorging van de baby [consensuspanel]. In de literatuur wordt geadviseerd niet vaker dan 2 à 3 maal per week de baby te baden [88]. Vóór het baden wordt gecontroleerd of de baby een normale lichaamstemperatuur heeft [werkinstructies].

Vieze oogjes worden door de kraamverzorgende schoongemaakt. Daarbij wordt soms geadviseerd om gekookt, afgekoeld water te gebruiken. Volgens andere werkinstructies is schoon, vers water voldoende hygiënisch. In enkele werkinstructies wordt daarnaast het, in overleg met de verloskundige hulpverlener, masseren van de oogjes of het gebruik van moedermelk in de oogjes genoemd als behandeling van vieze oogjes [werkinstructies].

Huidverzorging

Huidverzorging bij een gezonde pasgeborene is er vooral op gericht om beschadiging aan de huid te voorkomen. Voor optimale huidverzorging wordt de vernix post partum niet verwijderd. Bij een erg droge huid kan een pH-neutrale lotion gebruikt worden ter voorkoming van beschadigingen. Ook kunnen nageltjes afgedekt worden om krab-effecten te voorkomen. Gebruik van pleisters dient zoveel mogelijk vermeden te worden [89]. Indien antiseptisch gewerkt moet worden (bijvoorbeeld voor bloedafname) is chloorhexidine het middel bij uitstek. Van andere middelen is bekend dat zij door de huid geabsorbeerd kunnen worden en toxische effecten kunnen hebben. Bij baden wordt aangeraden geen zeep te gebruiken (desnoods pH-neutrale emulsie) [14;59;88-90]. Om luieruitslag te voorkomen, dienen luiers frequent gewisseld te worden. De lichaamsdelen die in de luier verpakt zitten, kunnen het best met alleen lauw water schoongemaakt [consensuspanel]. Routinematig gebruik van luierzalf kan mogelijk beschermen tegen luieruitslag [91].

Navelverzorging

De navelstomp kan niet steriel gehouden worden. Verzorging bestaat uit het zo schoon mogelijk houden van de navelstomp, wassen met schoon water en de navelstomp daarna zo droog mogelijk te houden door de luier onder de stomp om te doen. Het gebruik van antiseptische en/of anti-bacteriële middelen is overbodig. Alcohol vertraagt bovendien het indrogingsproces, en is schadelijk voor de

huid [3;21;92]. De handen van de verzorger moeten voor en na het verzorgen gewassen worden. Om eventuele besmetting met het AIDS of hepatitis virus te voorkomen, verdient het aanbeveling handschoenen te dragen.

Veilig slapen

Aan veilig slapen wordt veel aandacht besteed. Veel kraamzorginstellingen hebben schriftelijke informatie voor de ouders, maar ook voor de kraamverzorgenden. Er zijn werkinstructies voor o.a. het op de juiste manier opmaken van het bed, en het voorkomen van warmtestuwing. Als beddengoed moet een dekentje en een lakentje gebruikt worden. Het kind mag niet te warm liggen en het gebruik van kussens, hoofdbeschermers en fixaties moet krachtig worden ontraden. De instructies voor de juiste slaaphouding in de eerste levensdagen zijn niet unaniem. Volgens een aantal werkinstructies behoort de baby vanaf het begin op de rug te slapen worden gelegd. Andere adviseren de baby de eerste dagen in zijligging te laten slapen, en na 1 week, 10 dagen of uiterlijk 2 weken op rugligging over te gaan. Buikligging wordt alleen nog geadviseerd bij een wakkere baby, en alleen als er toezicht is. Deze maatregelen en adviezen zijn gebaseerd op het consensusdocument 'Consensus Preventie van Wiegendood' (zie paragraaf 4.2.3.2), dat een voorkeur uitspreekt voor zij- en rugligging voor baby's in de eerste twee levensweken en daarna uitsluitend op de rug. Sinds het uitbrengen van dit document is uit meerdere studies gebleken dat rugligging vanaf de geboorte het meest raadzaam is [93;94]. Het gebruik van een fopspeen tussen de voedingen door, beschermt tegen het optreden van wiegendood [95]. Passief roken blijkt een belangrijke factor voor het optreden van wiegendood en dient vermeden te worden [94;96]. Ook lijkt het wenselijk het kind niet bij de ouders in bed te laten slapen, vooral als de ouders roken of alcohol genuttigd hebben [96].

Icterus

De ernst van icterus wordt door de verloskundige hulpverlener beoordeeld. Het beleid bij beginnende icterus is niet eenduidig. Bij een beginnende icterus kan de kraamverzorgende adviseren de baby achter glas in het zonlicht te zetten [werkinstructies] om de kans op opname wegens icterus te verkleinen [consensuspanel]. Er is geen 'evidence' gevonden voor het effect van daglicht als preventieve maatregel of behandeling in gevallen van icterus bij de pasgeborene. Het in het licht achter glas zetten is niet zonder risico. De lichaamstemperatuur van de baby kan in het zonlicht oplopen, waardoor de baby oververhit kan raken [consensuspanel]. Bij aanwezigheid van icterus moet voldoende hydratatie van het kind bewerkstelligd worden [18].

Hielprik

In enkele regio's verzorgen kraamverzorgenden de hielprik bij de pasgeborene. Een kraamverzorgende met aanvullende scholing is daartoe bekwaam [consensuspanel]. Het laten verrichten van de hielprik door een bekwaame kraamverzorgende zou mogelijk de kans vergroten dat de screening op PKU/CHT/AGS op de juiste dag gebeurt, en op een voor de baby gunstig moment (bijvoorbeeld vlak voor of na het badje of de voeding). In het consensuspanel was één deelnemer het hiermee niet eens.

Voor het eerst naar buiten

Enkele werkinstructies besteden aandacht aan het 'voor het eerst naar buiten' gaan met de baby. Volgens een werkinstructie moet de baby eerst op het geboortegewicht zijn, en in de winter 10 dagen oud zijn. Volgens een andere instructie mag de baby naar buiten op de leeftijd van 3 à 4 weken. Volgens het consensuspanel bezit de kraamverzorgende voldoende kennis om te adviseren over het naar buiten gaan van de baby en hoe deze vervoerd dient te worden [consensuspanel].

3.3.5 Voorlichting en instructie over moeder en kind

Voorlichting, advies en instructie aan de moeder en andere gezinsleden over de kraambedperiode, over de verzorging van de moeder en de pasgeborene en over de (borst)voeding van de pasgeborene horen bij de taak van de kraamverzorgende [2]. Deels vervult zij deze taak door haar voorbeeldfunctie, bijvoorbeeld ten aanzien van de verzorgende handelingen, persoonlijke en huishoudelijke hygiëne [werkinstructies]. Daarnaast is er, bijvoorbeeld tijdens verzorgende handelingen en de dagelijkse controles bij moeder en kind, volop gelegenheid om informatie over te dragen over de gezondheid en de ontwikkeling van het kind, en over het normale verloop van het kraambed en de ontzwangering [consensuspanel].

Een belangrijk doel van de kraamzorg is dat de kraamvrouw dankzij de voorlichting en instructies voldoende vertrouwen in eigen kunnen heeft na het vertrek van de kraamverzorgende [consensuspanel]. Hoewel de inhoud van de te geven voorlichting niet gelijk is bij iedere kraamvrouw, is de benodigde tijdsbesteding nagenoeg gelijk. Bij een primipara zal er in het algemeen meer voorlichting en instructie gegeven worden over de verzorging van het kind, terwijl bij een multipara mogelijk meer tijd besteed wordt aan de organisatie van de huishouding en de omgang met oudere kinderen [consensuspanel]. De voorlichting die gegeven wordt dient dan ook afgestemd te worden op de behoefte van de kraamvrouw, met dien verstande dat er aan landelijke preventieprogramma's (zoals 'veilig slapen' en 'niet roken waar de kleine bij is') altijd aandacht besteed moet worden [consensuspanel]. De kraamverzorgende dient te checken of de gegeven informatie door de kraamvrouw is begrepen [consensuspanel]. Regelmatige herhaling van de informatie kan nodig zijn. Een aandachtspunt ten aanzien van voorlichting in het kraambed is de afstemming tussen de verschillende hulpverleners die het kraamgezin bezoeken. Een slechte afstemming van alle voorlichting in het kraambed belemmert de effectiviteit [consensuspanel].

De kraamverzorgende kan voorlichting geven over de volgende specifieke onderwerpen:

- Hygiëne [werkinstructies]
- Huishouden en dagindeling [werkinstructies]
- Het belang van voldoende rust [werkinstructies, consensuspanel]
- Integratie van de baby in het gezin [1;2].
- Mobilisatie, oefeningen, gymnastiek, eventueel met foldermateriaal [werkinstructies, consensuspanel]
- Klachten na de kraamtijd, en de tijd die nodig is voor herstel [97][werkinstructies]
- Gezonde voeding (eventueel ondersteund met foldermateriaal), en het afraden van lijnen (afval- len) tijdens het geven van borstvoeding [werkinstructies]
- Ontzwangering, hormonale veranderingen, en emotionele instabiliteit [werkinstructies, consensuspanel]
- Alarmsignalen en herkenning van mogelijke problemen na de kraamtijd [consensuspanel]
- Voorlichting over het eigen lichamelijk functioneren en dat van de baby aan de hand van de dagelijkse controles [consensuspanel]
- Schriftelijke en mondelinge informatie over de taken en de toegang tot de betrokken instanties na de kraamtijd zoals huisarts, consultatiebureau, kruisvereniging [consensuspanel]
- Preventie van wiegendoed: folders over veilig slapen, passief roken [werkinstructies, consensuspanel]
- Het tegengaan van een voorkeurshouding, eventueel ondersteund met foldermateriaal [werkinstructies]

- Allergie-preventie [werkinstructies]
- Veiligheid in huis [werkinstructies]
- Slaap/waakritme van de baby [18][werkinstructies]
- Huilgedrag en troosten [98][werkinstructies]
- Het (voordoen van) geven van vitamine K [consensuspanel]
- Mobilisatie (naar buiten gaan) en vervoer van de baby [werkinstructies, consensuspanel]
- Belang van het lang geven van borstvoeding [3], en voorlichting over te verwachten problemen die kunnen leiden tot voortijdig stoppen met borstvoeding [99-101].

3.3.6 Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van huishoudelijke taken

Het aantal te verrichten huishoudelijke werkzaamheden behorend tot de taken van de kraamverzorgende wordt bepaald door de feitelijke omvang van de kraamverzorging [1]. Het primaire doel hiervan is het waarborgen van een goede huishoudelijke hygiëne in het gezin. [protocollen, werkinstructies] Een aantal van deze werkzaamheden dient verricht te worden ongeacht de geleverde vorm van zorg (aantal uren) [consensuspanel]. Het is de taak van de kraamverzorgende erop toe te zien dat dit gebeurt door zelf deze werkzaamheden te verrichten of door andere gezinsleden of mantelzorg te instrueren [consensus].

Daarnaast zorgt de kraamverzorgende zonedig voor de organisatie van het huishouden en neemt ook een aantal gezinstaken op zich. Deze ondersteuning bevordert het herstel van de kraamvrouw, doordat zij in de eerste week post partum niet direct al haar gebruikelijke taken in het gezin op zich hoeft te nemen [consensuspanel]. Hoeveel tijd de kraamverzorgende aan deze ondersteunende taken kan besteden, zal mede afhangen van het aantal uren kraamzorg dat wordt geleverd. Bij een beperkte omvang van de zorgverlening hebben de werkzaamheden die gericht zijn op hygiëne prioriteit [consensuspanel, werkinstructies].

Tot de huishoudelijke werkzaamheden behoren in ieder geval de dagelijkse reiniging van toilet en douche [consensuspanel, werkinstructies]. Daarnaast zorgt de kraamverzorgende voor het schoonhouden van babykamer en kraamkamer, en het opmaken en regelmatig verschonen van de wieg en het bed van de kraamvrouw [werkinstructies].

De kraamzorginstellingen rekenen in het algemeen de volgende taken tot de ondersteunende taken van de kraamverzorgende:

- Maaltijden voor het gezin verzorgen. Daarbij past de kraamverzorgende zich aan aan de gewoonten van het gezin [consensuspanel]. Tegelijkertijd heeft zij hierbij een voorlichtende functie, door de maaltijden op basis van de voedingswijzer samen te stellen [consensuspanel].
- Verzorging en opvang van de andere kinderen in het gezin, zoals wassen, aankleden en eten geven. Naar school of crèche brengen van kinderen (als dit op loopafstand is) staan sommige kraaminstellingen alleen toe als dit vooraf is afgesproken [werkinstructies].
- Verzorging van de was die tijdens de kraamtijd ontstaat [werkinstructies].
- Bezoek verzorgen [werkinstructies].
- Boodschappen doen, mits op loopafstand. Ook dit kan bij sommige kraaminstellingen alleen als dit van tevoren is afgesproken [werkinstructies].
- Grote huishoudelijke taken, zoals ramen zemen of koelkast ontdooien horen niet bij kraamverzorging [werkinstructies].
- Verzorging van planten en huisdieren wordt door sommige kraaminstellingen onder deze taken genoemd, maar kan ook achterwege blijven als de kraamverzorgende er geen tijd voor heeft en/of

het niet leuk vindt. Een enkele keer wordt het uitlaten van de hond expliciet verboden door de kraaminstelling [werkinstructies].

3.3.7 Einde kraamverzorging

Uitgangspunt bij kraamverzorging is dat de ouders na de kraamperiode in staat zijn zelfstandig hun kind te verzorgen en de moeder haar gebruikelijke rol weer kan vervullen [2]. Dit is niet altijd haalbaar binnen het aantal dagen en/of uren zorg die beschikbaar zijn, bijvoorbeeld bij moeizaam herstel na een sectio caesarea of bij problemen met het op gang komen van de borstvoeding. Volgens het consensuspanel is het wenselijk dat in dergelijke gevallen de mogelijkheid bestaat tot uitbreiding van de kraamverzorging, eventueel tot tien dagen. Indien de vrouw na tien dagen nog zorgbehoefstig is (geestelijk of lichamelijk), is verwijzing naar andere instanties geïndiceerd [consensuspanel]. In de gevallen waarbij er ernstige twijfels zijn of de kraamvrouw in staat is tot een goede verzorging van haar baby, is een gerichte overdracht van de kraamverzorgende naar de Ouder-Kind Zorg (OKZ) noodzakelijk, voordat de kraamzorg wordt afgesloten [consensuspanel].

4 Conclusies en aandachtspunten

In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van het literatuur- en consensusonderzoek (deelonderzoek A). Het doel van dit eerste gedeelte van het onderzoek naar kraamzorg in Nederland is om vast te stellen wat inhoudelijk goede kraamzorg is op basis van de aanwezige 'evidence' in de vakliteratuur, protocollen en werkinstructies van kraamzorgaanbieders, en expertise en consensus van betrokken in het veld. In het tweede gedeelte van het onderzoek (deelonderzoek B) zal een inventarisatie en evaluatie plaatsvinden van de onderdelen van kraamzorg en specifieke handelingen, zoals deze feitelijk worden geleverd in de huidige kraamzorgpraktijk.

4.1 Beoordeling van effectiviteit kraamzorghandelingen

Een globale omschrijving van kwalitatief goede kraamzorg is wel te vinden in de literatuur, maar een specifieke onderbouwing van de verrichte handelingen en de wijze waarop deze uitgevoerd moeten worden, is vaak niet aanwezig. In het literatuur-, protocollen- en consensusonderzoek zijn de meest voorkomende activiteiten en handelingen, die door een kraamverzorgende normaliter worden uitgevoerd (of zouden kunnen worden uitgevoerd) en die vallen onder de geformuleerde doelstellingen van kraamzorg, uitgebreid onder de loep genomen.

Om vast te stellen wat de inhoud is van kwalitatief goede kraamzorg, zijn deze handelingen vervolgens gecategoriseerd in termen van effectiviteit. Hierbij is onderscheid gemaakt naar (mogelijk) *effectieve* handelingen, (mogelijk) *niet-effectieve* handelingen en (mogelijk) *schadelijke* handelingen.

Daarnaast zijn er handelingen waarbij geen uitspraak te doen is over de effectiviteit door gebrek aan literatuur en/of consensus.

De mate van onderbouwing van de effectiviteit van handelingen in de kraamzorg is vastgesteld op basis van de verschillende bronnen waarmee kennis over een bepaald onderwerp is verkregen. Binnen deze bronnen is de volgende onderverdeling aangebracht, die hiërarchisch is wat betreft de mate van onderbouwing:

- I. Onderbouwing voor effectiviteit vastgesteld op basis van evidence uit *gerandomiseerd onderzoek* of *meta-analyse* daarvan
- II. Onderbouwing voor effectiviteit vastgesteld op basis van *goed uitgevoerd onderzoek anders dan gerandomiseerd onderzoek*
- III. Onderbouwing voor effectiviteit vastgesteld op basis van *(inter)nationaal vigerende consensusdocumenten met literatuuronderbouwing*
- IV. Onderbouwing voor effectiviteit vastgesteld op basis van *consensus door het consensuspanel*
- V. Onderbouwing voor effectiviteit vastgesteld op basis van *eenduidigheid in gehanteerde protocollen in de kraamzorg*

Gerangschikt naar effectiviteit en onderbouwing, geven de volgende lijsten een overzicht van kraamzorghandelingen en werkwijzen op basis van beschikbare resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, zonodig aangevuld met consensusuitspraken.

4.1.1 (Mogelijk) effectieve handelingen

	Mate van onderbouwing	paragraaf
Voorbezoek in principe telefonisch uit te voeren op een geprotocolleerde wijze en door een gekwalificeerde persoon die een indicatie kan stellen voor een persoonlijk huisbezoek	IV	3.1
Tijdige aanwezigheid van partusassistentie (vóór de uitdrijvingsfase)	IV	3.2.1
Het handhaven van goede hygiëne tijdens de bevalling	III	3.2.2
Hygiënische verwerking van placenta, bloed, vruchtwater en daarmee gecontamineerde materialen	IV	3.2.2
Ondersteuning van de verloskundige hulpverlener bij (beginnende) pathologie bij moeder of kind	IV	3.2.2
Controle op overmatig bloedverlies in de eerste 2 uur post partum	IV	3.2.3.1
Bescherming van de pasgeborene tegen onderkoeling	III	3.2.3.2
Stimuleren van onafgebroken (huid op huid) contact tussen moeder en baby	I	3.2.3.2
Professionele ondersteuning bij de eerste borstvoeding	I	3.2.3.2
Instructies aan de ouders voor de eerste uren zonder professionele hulp	IV	3.2.3.1
Continuïteit van zorgverlener	I	3.3
Systematisch overleg en/of overdracht tussen kraamverzorgende en verloskundige hulpverlener	IV	3.3.1
Gestructureerde afspraken tussen verloskundige hulpverlener en kraamverzorgende over de mate van zelfstandigheid bij het verrichten van werkzaamheden en de werkwijze bij het ontdekken van afwijkende bevindingen	IV	3.3.1
Dagelijkse controle en registratie van temperatuur, pols, bloedverlies, en ontlasting bij de kraamvrouw	IV	3.3.1.1
Dagelijkse controle van buik (uterus-involutie), perineum, borsten en benen	IV	3.3.1.1

(Mogelijk) effectieve handelingen (vervolg)		
	Mate van onder- bouwing	paragraaf
Dagelijkse controle van mictiepatroon van de kraamvrouw	IV	3.3.1.1
Informereren naar het geestelijk welzijn van kraamvrouwen	IV	3.3.1.1
Implementatie van maatregelen ter voorkoming van wiegendood	III	3.3.4
Implementatie van rugligging bij de pasgeborene vanaf de geboorte	II	3.3.4
Dagelijks controleren en registreren van de lichaamstemperatuur van de baby	IV	3.3.1.2
Dagelijks observeren en registreren van kleur en ademhaling van de baby	IV	3.3.1.2
Dagelijks observeren van tonus, motoriek en gedrag van de baby	IV	3.3.1.2
Dagelijks observeren en registreren van mictie en ontlasting, en spugen van de baby	IV	3.3.1.2
Begeleiding van borstvoeding volgens de door de WHO opgestelde 10 vuistregels	I	3.3.4
Na het wegen bij de geboorte, de pasgeborene eenmalig aan het eind van de kraamverzorging wegen	III	3.3.1.2
Implementatie van landelijke richtlijnen ten aanzien van prik- en spataccidenten	IV	3.3.2.2
Waarborgen van voldoende rust bij de kraamvrouw	II	3.3.3
Systematische aandacht voor het mobiliseren van de kraamvrouw	IV	3.3.3
Dagelijkse verzorging van een perineumwond, tot de vrouw daartoe zelf in staat is	IV	3.3.3
Voorlichting geven over grote landelijke preventieprogramma's aan alle vrouwen en voorlichting over andere onderwerpen, afgestemd op de behoefte van de kraamvrouw	IV	3.3.5
Afstemming met andere hulpverleners over voorlichting en adviezen gegeven in kraamperiode	IV	3.3.5

(Mogelijk) effectieve handelingen (vervolg)		
	Mate van onderbouwing	paragraaf
Herhalen van voorlichting en vóór vertrek kraamverzorgende afchecken of deze door de kraamvrouw is begrepen	IV	3.3.5
Implementatie van hygiënemaatregelen in het gezin tijdens de kraamtijd	V	3.3.6
Verrichten van of toezicht houden op het verrichten van huishoudelijke taken gericht op hygiëne prioriteit	V	3.3.6
Maaltijden voor het gezin voorbereiden met in acht neming van de voedingswijzer	IV	3.3.6

4.1.2 (Mogelijk) *niet-effectieve* handelingen

	Mate van onderbouwing	paragraaf
Controle op uterus-involutie als enige middel om pathologie zoals endometritis en achtergebleven placentaresten op te sporen	III	3.3.1.1
Gebruik van crèmes, opgedroogde moedermelk, theezakjes warme kompressen en dergelijke voor het voorkomen en/of behandelen van tepelkloven	I	3.3.3

4.1.3 (Mogelijk) *schadelijke* handelingen

	Mate van onderbouwing	paragraaf
Het gebruik van alcohol bij navelverzorging van de baby	I	3.3.4
Dagelijks baden van de pasgeborene	III	3.3.4
Het geven van bijvoeding (inclusief water en venkelthee) aan borstgevoede kinderen, tenzij geïndiceerd en in opdracht van verloskundige hulpverlener	I	3.3.4

4.1.4 Handelingen waarbij op basis van de literatuur of consensus geen uitspraak kan worden gedaan over effectiviteit

	paragraaf
Proefvoeding bij flesgevoede kinderen	3.2.3.2
Routinematige temperatuurmeting bij de kraamvrouw als middel om infectie op te sporen	3.3.1.1
Gebruik van koolblad (koud of kamertemperatuur) om borststuwings te behandelen	3.3.3
Frequent wegen van een borstgevoede baby tijdens de kraambedperiode	3.3.1.2
Dragen van handschoenen tijdens het begeleiden van borstvoeding of kolven	3.3.2.1
Invoering van 'debriefing' bij alle vrouwen post partum	3.3.3
Het achter glas in het daglicht plaatsen van de pasgeborene als preventie of behandeling van icterus	3.3.4

4.2 Samenvatting van bevindingen

In deze paragraaf worden enkele bevindingen uit dit onderzoek verder toegelicht en wordt aangegeven wat de implicaties van die bevindingen kunnen zijn voor de huidige kraamzorg praktijk in Nederland. In dit rapport is alleen weergegeven wat bekend is uit de literatuur, uit protocollen en uit consensus over de effectiviteit van handelingen door de kraamverzorgende. Wat er in de dagelijkse praktijk ('in werkelijkheid') plaatsvindt en hoe zich dat verhoudt tot wat uit de beschikbare literatuur als aanbevolen handelingen kan worden gedestilleerd, kan pas na afronding van het tweede deel van dit onderzoek worden vastgesteld. (Beleids)aanbevelingen over de inhoud van het kraamzorgpakket en de manier waarop dat zou moeten worden aangeboden, kunnen pas na afloop van het tweede deel van het onderzoek onderbouwd worden geformuleerd. Toch kan een aantal praktische aanbevelingen ook nu al worden geformuleerd wat betreft kraamzorghandelingen zelf, de verantwoordelijke persoon voor deze handelingen en de wijze waarop deze uitgevoerd moeten worden.

Bewezen effectieve handelingen

Eén van de belangrijkste doelen van kraamverzorging is het tijdig opsporen van mogelijk beginnende pathologie bij moeder en kind en het in gang zetten van preventieve maatregelen waardoor problemen bij moeder en kind kunnen worden voorkomen of kunnen worden beperkt. Hiertoe staat de zorgverleners in de kraamperiode een verscheidenheid aan handelingen en controles ter beschikking, waarvan een groot deel in Nederland routinematig wordt uitgevoerd.

Van slechts een beperkt deel van deze handelingen is de effectiviteit aangetoond of aannemelijk gemaakt, of is de onwerkzaamheid aangetoond. In de samenvatting van dit rapport hebben deze handelingen het Romeinse cijfer I of II gekregen.

De onderbouwing van deze handelingen is deels afkomstig uit gerandomiseerde onderzoeken en reviews van gerandomiseerde trials waaruit duidelijk blijkt dat deze handelingen zinvol zijn en welke beginnende pathologie ermee kan worden voorkomen, of waaruit blijkt dat ze niet zinvol zijn (cijfer I). Een voorbeeld van dergelijke *evidence* is een aantal maatregelen op het gebied van borstvoeding van de pasgeborene, zoals het aanbieden van professionele begeleiding en het faciliteren van ononderbroken contact tussen moeder en baby. Deze maatregelen bevorderen de duur van de borstvoeding en daarmee de gezondheid van de pasgeborene. Een voorbeeld van een bewezen niet-effectieve maatregel is het gebruik van crèmes opgedroogde moedermelk of warme kompressen om tepelkloven te voorkomen (cijfer I).

Een voorbeeld van een maatregel waarvan het aannemelijk is dat deze effectief is (cijfer II), is de rugligging van de pasgeborene. Hoewel nog enige onduidelijkheid bestaat over hoe snel na de geboorte de baby op de rug te slapen moet worden gelegd, zijn er uit observationele studies zoveel aanwijzingen van het belang van deze maatregel, dat hij standaard dient te behoren tot de maatregelen die door de kraamverzorgende moeten worden geïmplementeerd.

Maatregelen en handelingen met een I of II zijn te classificeren als '*evidence-based*'. Voor zover deze maatregelen behoren tot het domein van de kraamverzorgende, dienen zij in de opleiding tot kraamverzorgende te worden onderwezen en door kraamzorgaanbieders te worden verwerkt in duidelijke protocollen en werkinstructies. Maatregelen en handelingen waarvan op basis van *evidence* kan worden geconcludeerd dat ze niet effectief zijn, dienen uit protocollen en werkinstructies te worden verwijderd. Waar de indruk bestaat dat ze nog worden toegepast, dient expliciet in de werkdocumenten vermeld te worden dat dit ongewenst is. Bestaande protocollen dienen op *evidence* te worden bekeken en waar nodig moeten protocollen worden ontworpen.

Handelingen genoemd in consensusdocumenten

Uit dit onderzoek blijkt ook dat de medische effectiviteit van een groot aantal routinematig toegepaste controles niet met harde *evidence* onderbouwd kan worden. Voor een deel van deze niet-onderbouwde maatregelen, zoals bepaalde handelingen om de hygiëne in het kraambed te bevorderen, bestaat echter wel overeenstemming in vigerende Nederlandse of internationale consensusdocumenten. Deze documenten zijn onderbouwd met literatuur, maar niet met de literatuur zoals bedoeld bij categorie I- en II-handelingen. Dit type handelingen heeft in de samenvatting van het rapport het Romeinse cijfer III gekregen. Tot *evidence* beschikbaar komt waaruit blijkt dat deze maatregelen niet zinvol zijn, horen deze maatregelen ons inziens in de opleiding tot kraamverzorgende te worden onderwezen en dienen ze te worden verwerkt in protocollen en werkinstructies.

Niet-bewezen effectieve handelingen

Het grootste deel van de handelingen in de kraamperiode is niet onderbouwd met *evidence*, noch met protocollen met literatuurreferenties. Deze handelingen zijn beoordeeld als 'horend bij de taak van de kraamverzorgende' door het consensuspanel, of door eenheid van mening in protocollen en werkinstructies. Deze handelingen hebben een IV, respectievelijk een V gekregen. Een voorbeeld van een dergelijke handeling is 'systematisch overleg tussen de kraamverzorgende en de verloskundige hulpverlener' (IV). Het nut van deze handeling op de gezondheid van kraamvrouwen pasgeborene is nooit onderzocht. Het is echter dermate vanzelfsprekend dat dit de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt dat het consensuspanel het beoordeelde als horend bij de taak van de kraamverzorgende. Een

ander voorbeeld is routinematige meting van de baarmoederhoogte. Het is vooralsnog onduidelijk of deze handeling op zichzelf een valide indicatie geeft voor beginnende ziekte. Toch bestond er eenduidigheid van mening in het consensuspanel dat deze handeling, in combinatie met het observeren van de hoeveelheid en geur van bloedverlies van de kraamvrouw, essentieel is tijdens de kraambedperiode. Kraamzorgaanbieders kunnen overwegen de mening van het consensuspanel als leidraad te nemen bij het al dan niet opnemen van bepaalde niet bewezen effectieve handelingen in protocollen en werkinstructies. Met name die handelingen die te maken hebben met het gestructureerd verlopen van overleg en overdracht, zullen de kwaliteit van de zorg zeer waarschijnlijk ten goede komen en dienen ons inziens om die reden te worden behandeld in de opleiding en deel uit te maken van protocollen en werkinstructies.

Handelingen waarover geen overeenstemming kon worden bereikt

Een deel van de handelingen wordt in de literatuur beschreven maar te summier om daaruit conclusies te trekken over effectiviteit of gebrek aan effectiviteit en werd tegelijkertijd in het consensuspanel niet unaniem beoordeeld als behorend tot de kraamhandelingen. Een voorbeeld daarvan is temperatuurmeting van de vrouw in de periode na de geboorte. Uit de beschikbare literatuur is niet duidelijk of deze handeling op een betrouwbare manier infecties kan opsporen. Wel geeft de uitvoering van deze handeling inzicht in het verloop van de normale lichaamstemperatuur van een vrouw waardoor een verhoging mogelijk eerder gesignaleerd wordt. Het consensuspanel was verdeeld over het behoren van deze handeling op zich zelf tot de dagelijkse controles van de kraamvrouw. Om te kunnen beslissen of handelingen behorend bij deze categorie wel of niet in het kraamzorgpakket dienen te worden opgenomen, zijn meer onderzoeksresultaten nodig. Op basis van de huidige gegevens is geen gefundeerde beslissing mogelijk.

Eenduidigheid in bestaande protocollen

Hoewel ons onderzoek er niet op was gericht een volledig beeld te krijgen van de aanwezigheid van bestaande protocollen, van de inhoud ervan en van de mate van verscheidenheid, zijn enige observaties wel degelijk te maken.

Het is onwaarschijnlijk dat alle kraamzorgaanbieders in Nederland protocollen en werkinstructies hebben voor kraamverzorgenden. Waar deze nog niet bestaan dienen ze te worden ontworpen met inachtneming van de hierboven genoemde aanbevelingen.

Er zijn vele verschillen geconstateerd tussen landelijke protocollen en richtlijnen enerzijds en werkinstructies en protocollen gemaakt door de lokale kraamzorginstellingen, anderzijds. Dit lijkt voor een groot deel veroorzaakt door regionale of lokale afspraken met hulpverleners in de postnatale zorgverlening. Ook zijn verschillen gevonden tussen protocollen onderling, tussen protocollen en werkinstructies, en tussen werkinstructies onderling. In het consensusdocument 'Preventie van wiegendood' wordt bijvoorbeeld een voorkeur uitgesproken voor rug- of zijligging in de eerste twee levensweken en daarna uitsluitend rugligging. In enkele werkinstructies wordt echter expliciet zijligging tot 10 dagen of twee weken en daarna pas rugligging beschreven. Indien men wil dat deze belangrijke preventieve maatregel opgevolgd wordt na de kraamtijd, zal de kraamverzorgende, naast het geven van voorlichting hierover, ook zelf het voorbeeld moeten geven en dient zij het kind tijdens de kraamperiode op de rug te slapen leggen. Hierdoor raken de ouders gewend aan deze rugligging voor hun kind. Het verdient aanbeveling voor een aantal maatregelen waarover voldoende evidence bestaat, landelijk overeenstemming te bereiken in de vorm van een richtlijn of een standaard.

Ten derde kan worden opgemerkt dat in de verschillende protocollen en werkinstructies geen eenduidigheid bestaat over de verrichtingen die zelfstandig door kraamverzorgenden uitgevoerd kunnen

worden. Ook wordt bijna geen aandacht besteed aan de wijze van samenwerking en het maken van afspraken over de zorgverlening met andere hulpverleners. Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorgsector met betrekking tot ketenzorg, en vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, lijkt het nuttig om ook deze problematiek onder te brengen in een landelijke richtlijn. Deze richtlijn zou ontwikkeld kunnen worden door vertegenwoordigende organen van de verschillende hulpverleners die actief zijn tijdens de kraambedperiode. Hierin kan aandacht besteed worden aan het schriftelijk documenteren van afspraken. Dit zou als leidraad kunnen fungeren voor het maken van regionale of lokale afspraken over de verdeling van de zorgactiviteiten en over de wijze van informeren bij afwijkende bevindingen.

Meer evidence-based kraamzorg

Nadat onderdeel B van dit onderzoek is afgerond zal meer inzicht bestaan in de dagelijkse werkelijkheid van de kraamzorg en het effect dat deze zorg heeft op de gezondheid van moeder en kind. Van een aantal evidence-based maatregelen zou dan kunnen blijken dat de implementatie ervan moet worden geoptimaliseerd. De ontwikkeling van standaarden voor kraamzorg zou daarbij een belangrijke stap kunnen zijn. Van een aantal maatregelen die niet evidence-based zijn zal dan blijken dat ze in de praktijk hun nut dermate bewijzen dat ze niet nader onderzocht hoeven te worden. Van een aantal maatregelen zal onduidelijk zijn of ze nuttig zijn en of de voordelen van toepassen opwegen tegen de nadelen. Deze dienen in de toekomst nader te worden onderzocht op hun effectiviteit. Ook kan na onderdeel B meer inzicht ontstaan in de condities waaronder kraamzorg het best kan worden geleverd en wat daarvoor de benodigde capaciteit is.

Totdat dit niveau van inzicht kan worden gegenereerd kan in Nederland op basis van de huidige rapportage (deel A) al wel een aantal stappen worden ondernomen om die onderdelen van de zorg die zeker of waarschijnlijk nuttig zijn, op te nemen in uniforme richtlijnen en te komen tot landelijke afspraken over de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk. Dit zal leiden tot een verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening. Door samen te werken met de andere beroepsgroepen kan een breed draagvlak ontstaan voor protocollen en richtlijnen bij zorgverleners in het veld. Door het ontwikkelen van een systematiek van evaluatie en actualisering kunnen nieuwe inzichten en veranderingen in de zorg in de toekomst doelmatig geïmplementeerd worden.

Referenties

1. Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Landelijk Centrum Kraamzorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, STING beroepsvereniging voor de verzorging, and Zorgverzekeraars Nederland. 1999. Bunnik, LVT.
2. van Alderwegen, M.G.J., Verrijp, V.F.: Productenboek Thuiszorg 1999. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. 1999. Bunnik, LVT.
3. World Health Organization: Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. World Health Organization (3). 1998. Geneva, WHO.
4. Fakiri, F., Hutten, J. B. F., and Kerkstra, A: Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra. 1999. Utrecht, NIVEL.
5. Wiegers, T., Calsbeek, H., and Hingstman, L: Knelpunten in de verloskundige zorgverlening: een quick scan onder verloskundigen in de eerste lijn. 1999. Utrecht, NIVEL.
6. Jansen PGM, Meijer WJ: Verkennende studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg. 1993. Utrecht, NIVEL.
7. Kerssens, J: Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. 1991. Utrecht, NIVEL.
8. LVT/NOV: Zwartboek kraamzorg: hoe slecht gereguleerde marktwerking de kraamzorg in gevaar brengt. 1997. Bunnik, LVT/NOV.
9. Tits van, M., Spapens, T., and Naafs, J: Het inkoopbeleid van kraamzorg bij zorgverzekeraars. 1996. Tilburg, IVA.
10. Kraamzorg Nederland: Van bevalling tot kraam: kraamtechnisch handboek voor de kraamverzorgende. 1998. Gouda, KZN-groep.
11. Brettschneider M, Reinke X, Riel van H: Zorgcategorieën, hoofdstuk 7: Kraamvrouwen en pasgeborenen. In: Bouwstenen voor gezondheidszorgonderwijs. 1999. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
12. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al: Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81: 488-493.
13. Penny-MacGillivray T: A newborn's first bath: When? *JOGNN Clinical Studies* 1996; 25: 481-487.
14. Michie MM: A delicate concern: caring for neonatal skin. *British Journal of Midwifery* 1996; 4: 159-163.
15. Karlsson H: Skin to skin care: heat balance. *Archives of Disease in Childhood* 1996; 75: 130-132.
16. Cheng TL, Partridge JC: Effect of bundling and high environmental temperature on neonatal body temperature. *Pediatrics* 1993; 92: 238-240.
17. Consensus preventie van wiegendood. 1996. Utrecht, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.
18. Early discharge of the term newborn. National Association of Neonatal Nurses. 2000, National Guideline Clearinghouse .
19. Anderson GC, Lane AE, Chang H-P: Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath. *Applied Nursing Research* 1995; 8: 123-128.
20. Nako Y, Harigaya A, Tomomasa T, et al: Effects of bathing immediately after birth on early neonatal adaptation and morbidity: A prospective randomized comparative study. *Pediatrics Intern* 2000; 42: 517-522.

21. World Health Organization: Care of the Umbilical Cord. 1999. Geneva, WHO.
22. Renfrew MJ, Woolridge M, and Ross McGill H: Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding - with evidence-based guidance for practice. 2000. Leeds, University of Leeds.
23. World Health Organization: Evidence for the ten steps to succesful breastfeeding. 1998. Geneva, World Health Organization.
24. Nederlandse Vereniging Jeugd Gezondheidszorg Standaarden borstvoeding. 1997. Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.
25. Renfrew MJ, Lang S, and Woolridge MW: Early versus delayed initiation of breastfeding (Cochrane review). The Cochrane Library (3), 1-4. 2000. Oxford, Update Software.
26. Lawrence RA: Breastfeeding. A guide for the medical profession. 1994. Saint Louis, Mosby Comp.
27. Jonge GA: Bijvoeding in de eerste week? Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 1995; 27: 93-94.
28. Righard L, Alade MO: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336: 1105-1107.
29. Klaus M: Mother and Infant: Early Emotional Ties. Pediatrics 1998; 102: 1244-1246.
30. Kerssens JJ: Kwaliteit is goed, maar de kwantiteit schiet tekort. MGZ 1991; 19: 5-8.
31. Kenny P, King MD, Cameron S, Shiell A: Satisfaction with postnatal care - the choice of home or hospital. Midwifery 1993; 9: 146-153.
32. Britton JR, Britton HL, Beebe SA: Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. Pediatrics 1994; 94: 291-295.
33. Williams LR, Koechley Cooper M: A new paradigm for postpartum care. JOGNN Principles & Practice 1996; 25: 745-749.
34. Morrell J, Spiby H: Costs and benefits of community post-natal support workers: a randomised controlled trial. 2000. Sheffield. (in press)
35. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. The Cochrane Library 1(2000). 13-8-1999. Oxford: Update Software.
36. Murphy-Black, T. Postnatal care at home: a descriptive study of mothers'needs and the maternity services. 1-119. 1989. Edinburgh, University of Edinburgh.
37. Treffers PE, Prins M.: Praktische verloskunde. 10^e druk. 1999. Houten/Diegem, Bohn Stafleu van Loghum.
38. Midwifery Practice in the Postnatal Period. 2001. London, Roal College of Midwives.
39. Abbott H, Bick DE, MacArthur C: Health for birth. In: Henderson C, Jones K, eds. 1997. London, Mosby.
40. Takahashi H: Evaluating routine postnatal maternal temperature check. British Journal of Midwifery 1998; 6: 139-143.
41. Hamadeh G, Dedmon C, Mozley P: Postpartum fever. Am Fam Phys 2001; 52: 531-538.
42. Bick D, MacArthur C, Knowles H, Winter H: Postnatal care: evidence and guidelines for management (in press). 2001. London, Harcourt Brace.
43. Cluett ER, Alexander J, Pickering RM: Is measuring postnatal symphysis-fundal distance worthwhile? Midwifery 1995; 11: 174-183.
44. Cluett ER, Alexander J, Pickering RM: What is the normal pattern of uterine involution? An investigation of postpartum uterine involution measured by the distance between the symphysis pubis and uterine fundus using a paper tape measure. Midwifery 1997; 139: 9-16.

45. Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD: Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rorunda Lying-in hospital. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105: 400-402.
46. van Zeben W: De pasgeborene. 8ste druk. 1979. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.
47. Lee KS, Perlman M: The impact of early obstetric discharge on newborn health care. *Current Opinion in Pediatrics* 1996; 8: 96-101.
48. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C: Problems associated with early discharge of newborn infants. *Pediatrics* 1995; 96: 716-726.
49. Braveman P, Miller C, Egerter S, et al: Health service use among low-risk newborns after early discharge with and without nurse home visiting. *J AM Board Fam Pract* 1996; 9: 254-260.
50. Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M: Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 179: 166-171.
51. Hodnett ED and Roberts I: Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *The Cochrane Library* (1), 1-10. 1999.
52. Weiss ME, Richards MT: Accuracy of electronic axillary temperature measurement in term and preterm neonates. *Neonatal Network* 1994; 13: 35-40.
53. Knudsen A: Measurement of the yellow colour of the skin as a test of hyperbilirubinemia in mature newborns. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 1175-1181.
54. Moyer VA, Ahn C, Sneed S: Accuracy of clinical judgment in neonatal jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 391-394.
55. Heide van der PhA, Toet MC, Diemen-Steen voorde van JAAM, Renardel de Lavalette PAWA, Jonge de GA: Hypertone dehydratie bij 'stille' ondervoeding aan de borst. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 993-995.
56. Stevens P, Whitfield MF: How accurate is clinical test weighing of the newborn? In: *Effective care in pregnancy and childbirth*. Chalmers I, ed. Oxford: Oxford University Press, 1989; 1359-1389.
57. Chateau de Pea: A study of promoting and inhibiting lactation. *Dev.Med.Child Neurol.* 1977; 19: 575-584.
58. Hudson SJ, Freeman R, Burdett D, Cookson BD: Crystal violet reactions of *Staphylococcus aureus* strains colonizing infants in the first six weeks. *Epidemiol.Infect.* 1993; 110: 79-86.
59. Darmstadt GL, Dinulos JG: Neonatal skin care. *Pediatric clinics of north america* 2000; 47: 757-782.
60. Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT: Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995; 102: 282-287.
61. Swain AM, O'Hara MW, Starr KR, Gorman LL: A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstetrics and Gynaecology* 1997; 90: 381-386.
62. Steen M, Cooper K, Marchant P, Griffiths-Jones M, Walker J: A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with colling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery* 2000; 16: 48-55.

63. Sleep J: Postnatal perineal care revisited. In: Aspects of midwifery practice. A research based approach. Alexander J, Levy V, Roch S, eds. 1995. London, Macmillan Press.
64. Harrison RF, Brennan M: Evaluation of two local anaesthetic sprays for the relief of post-episiotomy pain. *Curr Med Res Opin* 1987; 10: 364-369.
65. Greenshields W and Hulme H: The perineum in childbirth. A survey of women's experiences and midwives practices. 1993. London, National Childbirth Trust.
66. Searles JA, Pring DW: Effective analgesia following perineal injury during childbirth: a placebo controlled trial of prophylactic rectal diclofenac. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 627-631.
67. Yoong WC, Biervliet F, Nagrani R: The prophylactic use of diclofenac (Voltarol) suppositories in perineal pain after episiotomy. A random allocation double-blind study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 17: 39-41.
68. Ramler D, Roberts J: A comparison of cold and warm witz baths for relief of postpartum perineal pain. *JOGNN* 1986; 15: 471-474.
69. Sleep J, Grant A: Effects of salt and savlon bath concentrate postpartum. *Nursing Times* 1988; 84: 55-57.
70. Dale A, Cornwell S: The role of lavender oil in relieving perineal discomfort following childbirth: a blind randomised clinical trial. *J Adv Nurs* 1994; 19: 89-96.
71. Nikodem VC, Danzinger D, Gebka Nea: Do cabbage leaves prevent engorgement? A randomised controlled study. *Birth* 1993; 20: 61-64.
72. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL: Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1989; 298: 223-226.
73. Lavender T, Walkinshaw A: Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998; 25: 215-219.
74. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U: Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal* 2000; 321: 1043-1047.
75. Wessely S, Rose S, and Bisson JA: A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Collaboration. The Cochrane Library* 4. 1999. Oxford, Update Software.
76. Svedulf CIE, Bergbom Engberg IL, Berthold H, Höglund IE: A comparison of the incidence of breast feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours post delivery. *Midwifery* 1998; 14: 37-47.
77. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G: Early and late discharge after hospital birth: breast-feeding. *Acta Paediatr* 1987; 76: 727-732.
78. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, and Woolridge, MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants (Cochrane review). *The Cochrane Library* (3), 1-4. 2000. Oxford, Update Software.
79. De bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding. De verklaring van de WHO en UNICEF. 1991. UNICEF Nederland en Vereniging Borstvoeding Natuurlijk.
80. Voeding van zuigelingen en peuters. 1999. Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg.
81. Feinstein JM, et al: Factors related to early termination of breastfeeding in an urban population. *Pediatrics* 1986; 78: 210-215.

82. Kurinij N, Shiona P: Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991; 88: 745-750.
83. Neifert M, Lawrence R, Seacat J: Nipple confusion: toward a formal definition. *Journal of Pediatrics* 1995; 126: S125-129.
84. Host A, Husby S, Osterballe O: A prospective study of cow's mild allergy in exclusively breast-fed infants. *Acta Paediatr Scand* 21988; 77: 663-670.
85. Heck & Erenberg: Serum glucose levels in term neonates during the first 48 hours of life. *Journal of Pediatrics* 1987; 110: 119-122.
86. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH: Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 759-761.
87. Martinez J, et al: Hyperbilirubinemia in the breast-fed newborn: a controlled trial of four interventions. *Pediatrics* 1993; 91: 470-473.
88. Lund C, Kuller J, Lane A, Lott JW, Raines DA: Neonatal skin care: the scientific basis for practice. *Neonatal Network* 1999; 18: 15-27.
89. Chin GY: Neonatal physiology and skin care. *Journal of Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology* 2000; 23-27.
90. Benis MM, Noerr B: Newborn percutaneous absorption: hazards and therapeutic uses. *Neonatal Network* 1999; 18: 63-69.
91. Holden C: Infant napkin dermatitis. *Journal of Wound Care* 1998; 7: 417-418.
92. Zupan J, and Garner P: Topical umbilical cord care at birth (Cochrane review). *The Cochrane Library* (3), 1-12. 2000. Oxford, Update software.
93. Nakamura, S., Wind, M., and Danello, M. A. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153, 1019-1023. 1999.
94. Fleming PJ et al: Environment if infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *British Medical Journal* 1996; 313: 191-195.
95. L'Hoir MP, Engelberts AC, Well GTJv, et al: Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *European Journal of Pediatrics* 1999; 158: 896-901.
96. Blair PS, Fleming IJ, Platt MW, et al: Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *British Medical Journal* 1999; 319: 1457-1461.
97. Brown S, Lumley J: Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105: 156-161.
98. Parkin PC, Schwartz CJ, Manuel BA: Randomized controlled trial of three interventions in the management of persistent crying of infancy. *Pediatrics* 1993; 92: 197-200.
99. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, and Woolridge M: Interventions for influencing sleep patterns in exclusively breastfed infants (Cochrane review). *The Cochrane Library* (3), 1-5. 2000. Oxford, Update Software.
100. Pichaipat V, Thanomsingh P, Pudhapongsiriporn S, Buranasin P, Phanidanunt M, Monkalasiri R: An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Southeast Asean Journal Trop.Med.Public Health* 1992; 23: 439-443.
101. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoetker PJ, Atherton HD, Kotagal UR: Health System Factors Contributing to Breastfeeding Succes. *Pediatrics* 1999; 104: 1-7.

Bijlage A Verklarende woordenlijst

axillair	onder de oksel
congenitaal	aangeboren
contractie	samentrekking
contractietoestand	mate van samentrekking
cystitis	blaasontsteking
dehydratie	uitdroging
disposables	wegwerpartikelen
epidurale anesthesie	ruggeprik
episiotomie	inknippen
fissuur	kloofje
fluxus	overmatig bloedverlies
fotoallergie	overgevoeligheid voor (zon)licht
fundus	bovenkant van de baarmoeder
fundus, expressie van	met de handen drukken op de bovenkant van de baarmoeder
hydramnion	te veel vruchtwater
hyperbilirubinaemie	overmaat van bilirubine (gele afvalstof) in het bloed
icterus	geelzucht
labia	schaamlippen
laxans	laxeermiddel
lochia	vloeiing uit de baarmoeder in de kraamtijd
mastitis	borstontsteking
meconium	1 ^e ontlasting van ongeboren of pasgeboren baby
mictie	urineproductie
multipara	vrouw, die twee of meer baringen heeft meegemaakt
partus	bevalling
perineum	gebied tussen vagina en anus
petechiën	kleine puntbloedingen in de huid
placenta	nageboorte
post partum	na de bevalling
postnataal	na de geboorte
primipara	vrouw, die eenmaal een baring heeft meegemaakt
reponeren (van aambeien)	terugduwen
ruptuur	inscheuring
sectio caesarea	keizersnede
senna	plantaardig laxeermiddel
symfyse	schaambeen
symfyse, impressie boven	met hand of vuist drukken boven het schaambeen
tonus	spierspanning
Trendelenburgpositie	zodanige positie, dat het hoofd lager ligt dan de benen
trombo-embolie	bloedvatverstopping door bloedprop
urineretentie	achterblijven van urine in de blaas
uterus	baarmoeder
uterus, involutie van	krimpen van de baarmoeder tot niet-zwangere grootte
vernix	huidsmeer

Bijlage B Consensusonderzoek



Consensusonderzoek de eerste ronde

november 2000

naam panellid:

contactpersoon: Kathy Herschderfer

TNO Preventie en Gezondheid

Sector Voortplanting en Perinatologie

Postbus 2215

2301 CE Leiden

Tel 071 5181711

Fax 071 5181915

E-mail K.Herschderfer@pg.tno.nl

Stellingen voor het consensusonderzoek kraamzorg

Inleiding

Met gebruik van basis documenten (Basiskwaliteitseisen Kraamzorg en Productbeschrijving LVT) zijn de globale doelen van kraamzorg geformuleerd. Aan de hand van literatuur, protocollen, werkinstructies en werkplannen van de verschillende kraamzorgaanbieders is vastgesteld op welke manier de kraamzorg deze doelstellingen bereikt. Van de handelingen waarover geen eenduidigheid is of waarvan de onderbouwing ontbreekt zijn 131 stellingen geformuleerd, die hierbij aan u ter beoordeling worden voorgelegd. Doel van deze stellingen is om consensus te bereiken over:

- de medische effectiviteit van handelingen
- de voorlichting en instructies die noodzakelijk zijn
- verantwoordelijkheden van de kraamverzorgende en samenwerking met de verloskundige hulpverlener
- huishoudelijke ondersteuning door de kraamverzorgende

Invulinstructies voor de stellingen

U kunt de stellingen beoordelen met behulp van de eerste vier keuzemogelijkheden:

oneens

**deels
oneens**

**deels
eens**

eens

**geen
expertise**

☐☐☐☐☐

Wanneer het onderwerp van de stelling buiten uw veld van kennis en werkervaring valt kunt u dit aangeven door het vakje 'geen expertise' aan te kruisen. Kruis bij elke stelling één vakje aan!

Bij sommige stellingen wordt gebruik gemaakt van een expliciet vermeldde aanname of achtergrondinformatie. U wordt verzocht alleen over de juistheid van de stelling te oordelen, en niet over de aanname of achtergrondinformatie.

Verdere procedure

Aan de hand van de antwoorden wordt bepaald over welke onderwerpen consensus is bereikt in deze 1^e ronde. Over de onderwerpen waarover onvoldoende consensus is bereikt wordt aan alle panelleden gevraagd om hun mening schriftelijk toe te lichten. Vervolgens wordt deze toelichting anoniem aan alle panelleden verzonden. Zonodig worden de stellingen aangepast. U kunt dan in een 2^e consensus ronde opnieuw uw oordeel geven. Over die onderwerpen waarover na deze procedure nog geen consensus bereikt is, wordt met alle panelleden een consensusbijeenkomst belegd.

I VOORBEZOEK

Doelstelling

Het kraamzorgbureau dient er tijdens de zwangerschap voor te zorgen dat het kraamgezin op de hoogte is van noodzakelijke voorbereidingen in huis op de bevalling en het kraambed.

Het kraamzorgbureau dient er tijdens de zwangerschap voor te zorgen dat de aard en omvang van de te leveren zorg wordt vastgelegd, en dat deze zorg is afgestemd op de behoefte van het toekomstige kraamgezin (met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden).

Bijpassende stellingen		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
1	Een intakegesprek bij de zwangere thuis, met als doel het afstemmen van het zorgaanbod op de behoefte van het gezin, is een voorwaarde voor het leveren van verantwoorde kraamzorg.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Een intakegesprek bij de zwangere thuis tijdens de zwangerschap is noodzakelijk om adequate- op thuissituatie van het gezin afgestemde- voorlichting te kunnen geven over de voorbereiding op bevalling en kraambed.	☐	☐	☐	☐	☐
3	(aanne) Een goede verstandhouding tussen het kraamgezin en de kraamverzorgende bepaalt in grote mate of het doel van de kraamzorg wordt bereikt. (stelling) Een intakegesprek bij de zwangere thuis garandeert dat de 'juiste' kraamverzorgende bij het 'juiste' gezin wordt geplaatst.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Het intakegesprek bij de zwangere thuis kan in alle gevallen vervangen worden door een schriftelijke of telefonische intake-procedure, in een taal die de zwangere beheerst.	☐	☐	☐	☐	☐
5	De zorgaanbieder dient naar aanleiding van vooraf opgestelde criteria te besluiten of een intakeprocedure bij een bepaalde zwangere zonder thuisbezoek kan worden afgerond.	☐	☐	☐	☐	☐
6	(achtergrond) De werkgever heeft de taak om zich op de hoogte te stellen van de arbeidsomstandigheden van de kraamverzorgende. (stelling) Het intakegesprek bij de zwangere thuis is daarvoor een onmisbaar middel.	☐	☐	☐	☐	☐

II PARTUSASSISTENTIE

Doelstelling

Partusassistentie is gericht op het goed laten verlopen van de bevalling en de eerste uren daarna, d.m.v.:

- A. ondersteuning van de verloskundige hulpverlener, de kraamvrouw en haar gezin
- B. benodigdheden klaarzetten voor de bevalling en de verzorging van moeder en kind
- C. verzorging en bewaking van moeder en kind postpartum

Stellingen bij doelstelling A:

ondersteuning van de verloskundige hulpverlener, de kraamvrouw en haar gezin

Stellingen bij doelstelling A: <i>ondersteuning van de verloskundige hulpverlener, de kraamvrouw en haar gezin</i>		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
7	(aannname) Bij afwezigheid van een verloskundige hulpverlener wordt onder noodassistentie bij de partus wordt verstaan: de kraamvrouw helpen met zuchen. Als het kind desondanks geboren wordt, wordt het kind op de buik van de moeder gelegd, het neusje en mondje schoongeveegd en wordt de pasgeborene drooggewreven en warm toegedekt in afwachting van verdere hulp. (stelling) Een kraamverzorgende moet bekwaam zijn om bij de bevalling ‘noodassistentie’ te verlenen indien de verloskundige hulpverlener niet op tijd aanwezig is.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Over het algemeen, zal een vrouw (en haar partner) de ervaring van de bevalling beter verwerken indien de kraamverzorgende die aanwezig is tijdens de bevalling óók het kraambed verzorgt.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Voor adequate assistentie tijdens de partus is het noodzakelijk dat de kraamverzorgende (beginnende) pathologie herkent.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Bij het optreden van pathologie tijdens de partus is de kraamverzorgende in staat om noodzakelijke handelingen te verrichten na instructie van de verloskundige hulpverlener.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Een kraamverzorgende is in staat om in opdracht van de verloskundige hulpverlener de volgende handelingen te verrichten tijdens de uitdrijving: expressie op de fundus; expressie boven de symfyse; het maken van een dwarsbed of het plaatsen van een omgekeerde steek onder de billen van de barende vrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Een thuisbevalling zonder tijdige aanwezigheid van de kraamverzorgende is verantwoorde zorg.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Een kraamverzorgende is in staat te assisteren bij een noodzakelijke reanimatie van het kind door de pasgeborene droog te wrijven en warm te houden.	☐	☐	☐	☐	☐
14	In noodsituaties is de kraamverzorgende in staat om in opdracht van de verloskundige hulpverlener een ambulance te bellen.	☐	☐	☐	☐	☐

Stellingen bij doelstelling B:*benodigheden klaarzetten voor de bevalling en de verzorging van moeder en kind*

	oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
15 Voor optimale partusassistentie is het noodzakelijk dat de kraamverzorgende vóór het begin van de uitdrijving aanwezig is.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Voor optimale partusassistentie moet de kraamverzorgende een half uur vóór de verwachte geboorte van het kind aanwezig zijn.	☐	☐	☐	☐	☐
17 De kraamverzorgende is verantwoordelijk voor de hygiëne en de omgevingstemperatuur in de ruimte waar de geboorte plaatsvindt.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Een kraamverzorgende zorgt ervoor dat ze -voordat het kind geboren wordt- weet waar de benodigheden voor een eventuele reanimatie klaarstaan.	☐	☐	☐	☐	☐

Stellingen bij doelstelling C:*verzorging en bewaking van moeder en kind postpartum*

	oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
19 Het is de taak van de kraamverzorgende ervoor te zorgen dat de baby na de geboorte warm en schoon aan de zorg van het gezin wordt overgelaten.	☐	☐	☐	☐	☐
20 Dankzij de instructies en voorlichting gegeven, tijdens en direct na de bevalling, door de kraamverzorgende hebben de ouders voldoende vertrouwen om de eerste uren alleen met hun pasgeboren kind door te brengen.	☐	☐	☐	☐	☐
21 De kraamverzorgende mag niet zonder overleg met de verloskundige hulpverlener vertrekken uit het kraamgezin voordat de kraamvrouw na de partus heeft geplast.	☐	☐	☐	☐	☐
22 (achtergrond) Het risico op een nabloeding bij de bevalling is de eerste uren na de geboorte van de placenta het grootst. (stelling) De kraamverzorgende blijft tot minimaal 2 uur na de geboorte van de placenta in het gezin aanwezig om de hoeveelheid bloedverlies postpartum te observeren.	☐	☐	☐	☐	☐
23 De kraamverzorgende zorgt ervoor dat de pasgeborene een eerste borstvoeding of proefvoeding krijgt aangeboden voordat zij uit het gezin vertrekt.	☐	☐	☐	☐	☐
24 De kraamverzorgende beoordeelt zelfstandig of de kraamvrouw in staat is om onder begeleiding te douchen.	☐	☐	☐	☐	☐
25 De kraamverzorgende blijft in het gezin aanwezig totdat de pasgeborene een lichaamstemperatuur van minimaal 36,5° C heeft.	☐	☐	☐	☐	☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
26	De kraamverzorgende neemt direct contact op met de verloskundige hulpverlener bij afwijkende bevindingen bij de kraamvrouw of de pasgeborene.	☐	☐	☐	☐	☐
27	(achtergrond) Een pasgeborene hoort volgens het landelijke 'veilig slapen' protocol in rugligging te slapen. (stelling) De kraamverzorgende is ervoor verantwoordelijk dat de pasgeborene, als deze na de geboorte te slapen wordt gelegd, op de rug in de wieg wordt gelegd.	☐	☐	☐	☐	☐

III KRAAMVERZORGING

Doelstelling

Kraamverzorging heeft als doelstelling:

- A. Vroege signalering van pathologie bij moeder en kind in de vroege postnatale periode
- B. Waarborgen van een goede hygiëne
- C. Bevorderen van het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw
- D. Adequate verzorging van de pasgeborene en voorbereiding van het gezin op deze taak
- E. Voorlichting en instructies over moeder en kind
- F. Ondersteuning bij, tijdelijk overnemen van, huishoudelijke taken

	oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
Stellingen bij doelstelling A: <i>Vroege signalering van pathologie bij moeder en kind in de vroege postnatale periode</i>					

MOEDER

28

(achtergrond) Het opmeten en registreren van de temperatuur van de kraamvrouw door de kraamverzorgende heeft als doel mogelijke infecties (endometritis, mastitis) of trombotische processen tijdig op te sporen.

(stelling a) Het meten van de temperatuur van de kraamvrouw is alleen nodig in geval van pijn, algehele malaise of andere klachten.

(stelling b) De temperatuur van de kraamvrouw dient dagelijks minimaal één maal te worden gemeten.

(stelling c) De kraamverzorgende brengt de verloskundige hulpverlener direct op de hoogte als de kraamvrouw een (rectaal gemeten) lichaamstemperatuur van 38° C of meer heeft

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
29	Bij een kraamvrouw hoort de temperatuur altijd rectaal gemeten te worden.	☐	☐	☐	☐	☐
30	(achtergrond) Axillair gemeten temperatuur is lager en minder betrouwbaar dan rectaal gemeten temperatuur. Om die reden wordt het op de templist vermeld als de temperatuur axillair is opgenomen. (stelling) Als de temperatuur axillair is opgenomen, hoort de kraamverzorgende de gemeten temperatuur te noteren, zonder daar iets bij op te tellen.	☐	☐	☐	☐	☐
31	Het dagelijks opnemen van de pols van de kraamvrouw dient geen medisch doel.	☐	☐	☐	☐	☐
32	Het dagelijks observeren en registreren van de hoeveelheid en de geur van het bloedverlies door de kraamverzorgende is niet noodzakelijk om pathologie (zoals endometritis en placenta resten) tijdig te onderkennen.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Het dagelijks meten van de fundushoogte door de kraamverzorgende is essentieel voor het opsporen van een endometritis.	☐	☐	☐	☐	☐
34	Na het goed op gang komen van de mictie en ontlasting van de kraamvrouw is dagelijkse registratie van deze functies overbodig.	☐	☐	☐	☐	☐
35	Registreren van de dagelijkse mictie van de kraamvrouw is nodig om cystitis tijdig op te sporen.	☐	☐	☐	☐	☐
36	Het dagelijks onderzoeken van de benen van de kraamvrouw door de kraamverzorgende voorkomt een ongemerkt optreden van trombose en tromboflebitis.	☐	☐	☐	☐	☐
37	Bij twijfel over het geestelijk welbevinden van de kraamvrouw, dient de kraamverzorgende deze twijfel te bespreken met de verloskundige zorgverlener.	☐	☐	☐	☐	☐
38	Dagelijkse inspectie van de borsten van de kraamvrouw spoort pathologie zoals tepelkloven en een dreigende mastitis tijdig op.	☐	☐	☐	☐	☐
39	Het dagelijks onderzoeken van buik, borsten en benen door de kraamverzorgende kan achterwege blijven als een kraamvrouw geen klachten heeft die duiden op mogelijke pathologie.	☐	☐	☐	☐	☐
40	Dagelijkse inspectie van het perineum bij een kraamvrouw zonder klachten schendt haar privacy onnodig.	☐	☐	☐	☐	☐
41	Inspectie van het perineum alleen bij pijn en/of klachten is voldoende om eventuele adviezen en behandeling tijdig in te zetten.	☐	☐	☐	☐	☐

KIND

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
42	Dagelijks temperatuurmeting van de baby waarborgt tijdige opsporing van pathologie bij het kind zoals infecties, dorstkoorts etc.	☐	☐	☐	☐	☐
43	(achtergrond) Met de hand kan eenvoudig een redelijk goede aanwijzing worden verkregen over de temperatuur van de baby. (stelling) Dagelijkse temperatuurmeting van de baby is niet nodig tenzij er aanwijzingen zijn voor mogelijke pathologie.	☐	☐	☐	☐	☐
44	In verband met de kans op beschadigingen bij rectaal temperaturen van de baby, dient een pasgeborene axillair getemperatuur te worden	☐	☐	☐	☐	☐
45	Oorthermometers zijn te onnauwkeurig om gebruikt te worden in de kraamtijd.	☐	☐	☐	☐	☐
46	De kraamverzorgende brengt de verloskundige hulpverlener direct op de hoogte als een pasgeborene een lichaamstemperatuur heeft van minder dan 36° C of hoger dan 38° C.	☐	☐	☐	☐	☐
47	Dagelijks moet de ademhaling van de baby geteld worden om mogelijke ziekte en afwijkingen bij het kind op te sporen.	☐	☐	☐	☐	☐
48	Dagelijks registreren van spugen van de baby is overbodig.	☐	☐	☐	☐	☐
49	Dagelijks baden van de baby waarborgt een goede observatie en inspectie van het kind.	☐	☐	☐	☐	☐
50	De kraamverzorgende dient bij elke gele verkleuring van de pasgeborene de verloskundige hulpverlener op de hoogte te brengen.	☐	☐	☐	☐	☐
51	Het in het licht achter glas zetten van een gele baby is onschadelijk.	☐	☐	☐	☐	☐
52	Het in licht achter glas zetten van een gele baby verkleint de kans op opname wegens icterus.	☐	☐	☐	☐	☐
53	Dagelijkse observatie en registratie van de mictie en ontlasting van de baby geeft onmisbare informatie over de voedingsstatus van de baby.,	☐	☐	☐	☐	☐
54	(achtergrond) Bepaalde pathologie zoals aangeboren hartafwijkingen manifesteren zich vooral in de eerste 4 levensdagen en kunnen worden gesignaleerd door observatie van veranderingen in kleur, ademhaling en/of tonus. (stelling) Observatie en registratie van kleur, tonus en ademhaling bij de pasgeborene door de kraamverzorgende is na de 4e dag postpartum niet meer noodzakelijk.	☐	☐	☐	☐	☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
55	Dagelijkse inspectie van de navel door de kraamverzorgende spoort beginnende navelinfecties bij de pasgeborene op.	☐	☐	☐	☐	☐
56	Wegen van een borstgevoede baby dient altijd in overleg met de verloskundige hulpverlener plaats te vinden.	☐	☐	☐	☐	☐
57	(aanneمة) Het onopgemerkt blijven van voedingsproblemen van een borstgevoede baby tijdens de kraamtijd dient te worden voorkomen.					
	(stelling a) Elke borstgevoede baby dient tijdens het laatste zorgbezoek van de kraamverzorgende gewogen te worden	☐	☐	☐	☐	☐
	(stelling b) Elke borstgevoede baby dient regelmatig te worden gewogen.	☐	☐	☐	☐	☐
	(stelling c) Het is niet nodig om een borstgevoede baby te wegen, tenzij er aanwijzingen zijn dat de voeding onvoldoende is	☐	☐	☐	☐	☐
58	(achtergrond) De verloskundige hulpverlener draagt de eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg van moeder en kind.					
	(stelling) De kraamverzorgende dient bij twijfel aan de gezondheid van moeder of kind de verloskundige hulpverlener tijdig te informeren, in ieder geval dezelfde dag.	☐	☐	☐	☐	☐

Stellingen bij doelstelling B:

waarborgen van een goede hygiëne

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
59	Dagelijks baden van de baby uit hygiënisch oogpunt is overdreven.	☐	☐	☐	☐	☐
60	De kraamverzorgende moet niet alleen mondelinge voorlichting geven over hygiëne in het gezin maar ook continu hiervan een voorbeeld zijn tijdens haar werkzaamheden.	☐	☐	☐	☐	☐
61	Het dragen van handschoenen door de kraamverzorgende tijdens de verzorging van de pasgeborene is na de eerste wasbeurt overbodig.	☐	☐	☐	☐	☐
62	Tijdens de kraamtijd is het dagelijks schoonmaken van de badkamer en toiletten uit hygiënisch oogpunt noodzakelijk.	☐	☐	☐	☐	☐
63	Het dragen van handschoenen door de kraamverzorgende tijdens de verzorging van de kraamvrouw is gedurende de hele kraamperiode noodzakelijk.	☐	☐	☐	☐	☐
64	Een kraamverzorgende met een koortslip mag werken in een gezin met een pasgeboren baby, als zij een mondkapje draagt én voor elk contact met de baby haar handen zorgvuldig wast.	☐	☐	☐	☐	☐
65	Elke kraamverzorgster dient bekend te zijn met en te handelen volgens het landelijk protocol ten aanzien van prikaccidenten en bloedcontacten.	☐	☐	☐	☐	☐

oneens deels
oneens deels
eens geen
 expertise

Stellingen bij doelstelling C:

bevorderen van het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw

66	Een perineumwond heeft geen verzorging van de kraamverzorgende nodig als de kraamvrouw in staat is dagelijks zelf het perineum onder de douche of in bad te spoelen.	☐	☐	☐	☐	☐
67	Bij het gebruik van zalfjes, zitbaden, warmte/koude voor het perineum geldt: Baat het niet dan schaadt het niet.	☐	☐	☐	☐	☐
68	(achtergrond) Aambeien bij een kraamvrouw gaan over het algemeen vanzelf over. (stelling) De kraamverzorgende kan zelfstandig een vrij verkrijgbare aambeienzalf aan de kraamvrouw adviseren, ter verlichting van het ongemak door pijn en jeuk.	☐	☐	☐	☐	☐
69	Als de ontlasting de 5e dag postpartum nog niet op gang is bij de kraamvrouw kan de kraamverzorgende zelfstandig het gebruik van laxemiddelen adviseren.	☐	☐	☐	☐	☐
70	Stuwing is een fysiologisch postpartum verschijnsel en hoeft in principe nooit behandeld te worden.	☐	☐	☐	☐	☐
71	(aannee) Niet-medicamenteuze behandeling van stuwing bij vrouwen die geen borstvoeding geven, vermindert de stuwing niet. (stelling) Niet-medicamenteuze behandeling van stuwing bij vrouwen die geen borstvoeding geven is een folkloristisch ritueel en leidt niet tot verlichting van klachten.	☐	☐	☐	☐	☐
72	De kraamverzorgende moet zorg dragen voor een dagelijkse rustperiode voor de kraamvrouw tijdens de kraamperiode omdat dit essentieel is voor een goed herstel van de kraamvrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
73	Voldoende rust voor de kraamvrouw is nodig om ernstige postpartum blues te voorkomen en vermindert mogelijk het ontstaan van een postpartum depressie.	☐	☐	☐	☐	☐
74	De kraamverzorgende dient een mobilisatieschema op te stellen, aangepast aan de individuele omstandigheden van de kraamvrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
75	De kraamvrouw voelt zelf het beste aan wanneer en hoe vaak zij uit bed komt tijdens de kraamdagen.	☐	☐	☐	☐	☐
76	Bij een kraamvrouw met bekkeninstabiliteit overlegt de kraamverzorgende met de verloskundige hulpverlener over het mobilisatieschema.	☐	☐	☐	☐	☐
77	Herhaalde voorlichting over alarmsignalen en herkenning van mogelijke problemen die na de kraamtijd kunnen optreden voorkomt morbiditeit bij moeder en/of kind in de weken na de kraamperiode.	☐	☐	☐	☐	☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
78	Voorlichting over de geestelijke gesteldheid van de kraamvrouw in en na de kraamtijd zoals kraamtranen, labiliteit etc. moet door de kraamverzorgende worden gegeven.	☐	☐	☐	☐	☐
79	Veel aandacht voor geestelijke gesteldheid van de kraamvrouw leidt tot een grotere kans op het krijgen van een postpartum depressie.	☐	☐	☐	☐	☐
80	Het dagelijks bespreken met de kraamvrouw over het wel en wee van moeder en kind in de afgelopen nacht mag niet ontbreken bij goede kraamzorg.	☐	☐	☐	☐	☐

Stellingen bij doelstelling D:

adequate verzorging van de pasgeborene en voorbereiding van het gezin op deze taak

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
81	Een baby mag slechts 2-3 keer per week gebaad worden in verband met mogelijke schade aan de huid, tenzij de baby erg vies is.	☐	☐	☐	☐	☐
82	Een baby wassen met zeep is niet nodig en mogelijk zelfs schadelijk voor de huid.	☐	☐	☐	☐	☐
83	Bij het verschonen van de luier is reiniging met lauw water beter dan het gebruik van kant en klare billendoekjes.	☐	☐	☐	☐	☐
84	Dagelijkse ontsmetting van een niet-geïnfecteerde navel is niet effectief tegen infectieziekten bij de baby.	☐	☐	☐	☐	☐
85	Dagelijkse ontsmetting van een niet geïnfecteerde navel vertraagt het indrogen en afvallen van de navel en is bovendien schadelijk voor de huid.	☐	☐	☐	☐	☐
86	Om overmatige prikkeling van de darmen van de baby te voorkomen, moet de kraamverzorgende de kraamvrouw aanraden een speciaal aangepast dieet te volgen indien borstvoeding wordt gegeven.	☐	☐	☐	☐	☐
87	Het regelmatig bespreken van de nieuwe ouderrol is tegenwoordig een overbodige taak voor de kraamverzorgende.	☐	☐	☐	☐	☐
88	In het geval van problemen tijdens de kraamperiode die van invloed kunnen zijn op de periode daarna moet de kraamverzorgende dit aan het einde van het kraambed vermelden aan de instanties die de zorg voor moeder en kind overnemen.	☐	☐	☐	☐	☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
89	(achtergrond) De landelijke richtlijnen over veilig slapen schrijven onder andere voor dat een pasgeborene vanaf de eerste levensdag op de rug te slapen wordt gelegd. (stelling) Het gebruik van kraamverzorgenden om de baby tijdens de eerste levensdagen op de zij te slapen te leggen dient te worden afgeschaft.	☐	☐	☐	☐	☐
90	Schriftelijke informatie over “veilig slapen” aan de kraamvrouw zorgt ervoor dat de kraamvrouw de landelijke richtlijnen adequaat uitvoert ook na de kraamperiode.	☐	☐	☐	☐	☐
91	Voorlichting over borstvoeding en assistentie bij de borstvoeding dient te gebeuren volgens het WHO protocol.	☐	☐	☐	☐	☐
92	Een flesgevoede baby krijgt vóór de eerste voeding een proefvoeding van water aangeboden door de kraamverzorgende die bij de partus aanwezig is.	☐	☐	☐	☐	☐
93	Bij een flesgevoede baby overlegt de kraamverzorgende over het voedingsschema met de verloskundige hulpverlener.	☐	☐	☐	☐	☐
94	Venkelthee geven aan een borstgevoede baby is een folkloristisch gebeuren wat tegengesteld is aan het WHO protocol over borstvoeding, en dient derhalve afgeschaft te worden.	☐	☐	☐	☐	☐
95	Het juiste gebruik van vitamine K na de kraamperiode wordt gestimuleerd indien de kraamverzorgende tijdens de kraamtijd deze handeling voordoet.	☐	☐	☐	☐	☐
96	Een kraamverzorgende met een aanvullende opleiding is bekwaam om de hielprik bij een pasgeborene te verrichten.	☐	☐	☐	☐	☐
97	Om te garanderen dat de hielprik voor de screening op PKU/CHT op de juiste dag wordt uitgevoerd verdient het aanbeveling de hielprik door kraamverzorgenden te laten verrichten.	☐	☐	☐	☐	☐
98	Als de moeder aan het einde van de kraamperiode geen vertrouwen heeft in ‘eigen kunnen’, is de kraamzorg niet adequaat geweest.	☐	☐	☐	☐	☐
99	De kraamzorg mag niet beëindigd worden voordat de kraamverzorgende er zeker van is dat de kraamvrouw de belangrijkste voorlichting en instructies heeft begrepen en in staat is daarnaar te handelen.	☐	☐	☐	☐	☐

Stellingen bij doelstelling E:*voorlichting en instructies over moeder en kind*

	oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
100 Het regelmatig opnemen en registreren van temperatuur, pols, bloedverlies en fundushoogte tijdens het kraambed bevordert het psychisch welbevinden van de vrouw omdat het haar informatie geeft over haar eigen gezondheid en postpartum herstel.	☐	☐	☐	☐	☐
101 Dagelijkse inspectie van het perineum tijdens het kraambed bevordert het psychisch welbevinden van de vrouw omdat het haar informatie geeft over haar eigen gezondheid en postpartum herstel.	☐	☐	☐	☐	☐
102 Inspectie van de borsten tijdens het kraambed bevordert het psychisch welbevinden van de vrouw omdat het haar informatie geeft over haar eigen gezondheid en postpartum herstel.	☐	☐	☐	☐	☐
103 Het dagelijks baden van de baby heeft onder andere als doel om voorlichting aan de kraamvrouw te geven over de verzorging van de baby.	☐	☐	☐	☐	☐
104 Bij vrouwen die bevallen zijn van een tweede of volgend kind kunnen instructies en voorlichting worden verkort omdat zij al ervaring hebben opgedaan bij een eerder kind.	☐	☐	☐	☐	☐
105 Dagelijkse temperatuurmeting van de baby is nodig om de moeder inzicht te geven in het fysiologisch verloop van de juiste temperatuur bij de baby.	☐	☐	☐	☐	☐
106 Het dagelijks bespreken van de kleur, temperatuur, mictie en ontlasting, en spugen van de baby gedurende de gehele kraamperiode bevordert het vertrouwen van de ouders omdat het hun informatie geeft over de gezondheid van hun kind.	☐	☐	☐	☐	☐
107 De functie van de dagelijkse inspectie van de navel is voorlichting en informatie aan de kraamvrouw te geven over dit fysiologisch proces.	☐	☐	☐	☐	☐
108 Om er zeker van te zijn dat de kraamvrouw/partner informatie goed in zich op neemt is enige herhaling van voorlichting en instructies noodzakelijk.	☐	☐	☐	☐	☐
109 Voorlichting over de noodzaak tot rust na de kraamtijd is een belangrijke taak van de kraamverzorgende.	☐	☐	☐	☐	☐
110 Voorlichting over de hoeveelheid en wijze van mobilisatie van de kraamvrouw na haar kraamtijd is een taak van de kraamverzorgende.	☐	☐	☐	☐	☐
111 Voorlichting over, en stimuleren van buik- en bekkenbodemspieroefeningen is een dagelijkse taak van de kraamverzorgende.	☐	☐	☐	☐	☐

		oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
112	Het normale proces van ontzwangering hoort een regelmatig terugkerend gespreksonderwerp te zijn tussen kraamverzorgende en kraamvrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
113	(aanne) Het effect van voorlichting is afhankelijk van de mate van ontvankelijkheid van degene aan wie het gegeven wordt. (stelling) De onderwerpen waarover voorlichting en instructies tijdens de kraamperiode worden gegeven, moeten worden bepaald door de wensen van de vrouw zelf en niet door een vastgesteld kraamprotocol.	☐	☐	☐	☐	☐
114	Schriftelijke informatie over “veilig slapen” aan de kraamvrouw draagt er aan bij dat de kraamvrouw de landelijke richtlijnen adequaat uitvoert na de kraamperiode.	☐	☐	☐	☐	☐
115	Het WHO protocol over borstvoeding moet zowel mondeling als schriftelijk aan de kraamvrouw worden gegeven.	☐	☐	☐	☐	☐
116	De kraamverzorgende bezit voldoende kennis om voorlichting over mobilisatie van de baby zowel in als na de kraamtijd (wanneer naar buiten, hoe te vervoeren etc) te kunnen geven.	☐	☐	☐	☐	☐
117	De kraamverzorgende moet regelmatig evalueren om te checken of de gegeven informatie daadwerkelijk is ontvangen door de kraamvrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
118	Voorlichting geven over het nut en de juiste toediening van vitamine K door de kraamverzorgende is noodzakelijk om er zeker van het zijn dat de ouders deze toediening na de kraamtijd adequaat kunnen uitvoeren.	☐	☐	☐	☐	☐
119	Een slechte afstemming tussen voorlichting afkomstig van de verloskundige en die van kraamverzorgende zorgt voor onnodige onzekerheid bij de kraamvrouw en drastische reductie van de effectiviteit van die voorlichting.	☐	☐	☐	☐	☐
120	Voorlichting over de taken van en toegang tot de betrokken instanties na de kraamtijd (consultatiebureau, kruisvereniging, huisarts etc) is voor de kraamvrouw beter bruikbaar indien dit door de kraamverzorgende mondeling in plaats van schriftelijk wordt gegeven.	☐	☐	☐	☐	☐

	oneens	deels oneens	deels eens	eens	geen expertise
Stellingen bij doelstelling F:					
<i>ondersteuning bij, tijdelijk overnemen van, huishoudelijke taken</i>					
121 Als een kraamvrouw binnen een week postpartum haar huishoudelijke en gezinstaken volledig moet hervatten vertraagt dat haar postpartum herstel aanzienlijk.	☐	☐	☐	☐	☐
122 Het verrichten van huishoudelijke taken door de kraamverzorgende is een onmisbaar onderdeel bij verantwoorde kraamzorg.	☐	☐	☐	☐	☐
123 Bij het verrichten van huishoudelijke taken heeft het waarborgen van de hygiëne in huis de eerste prioriteit.	☐	☐	☐	☐	☐
124 De kraamvrouw bepaalt welke huishoudelijke taken uitgevoerd moeten worden door de kraamverzorgende.	☐	☐	☐	☐	☐
125 Verantwoorde kraamzorg houdt onder meer in dat de kraamzorg pas beëindigd mag worden als de kraamvrouw lichamelijk en geestelijk in staat is de voor haar gebruikelijke zorg voor zichzelf en haar gezin te hervatten.	☐	☐	☐	☐	☐
126 Het bereiden van (warm) avondeten door de kraamverzorgende is niet meer van deze tijd.	☐	☐	☐	☐	☐
127 De kraamverzorgende moet bij de bereiding van de maaltijd zich aanpassen aan de wensen en gewoonten van het gezin.	☐	☐	☐	☐	☐
128 Bij het bereiden van de maaltijd heeft de kraamverzorgster een voorbeeldfunctie door maaltijden op basis van de voedingswijzer samen te stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
129 Onvoldoende tijdsbesteding aan de gebruikelijke huishoudelijke taken door de kraamverzorgende leidt tot een minder dan optimaal postpartum herstel van de kraamvrouw.	☐	☐	☐	☐	☐
130 De kraamverzorgster heeft als taak te zorgen voor een goede integratie van de baby in het gezin.	☐	☐	☐	☐	☐
131 Het is de taak van de kraamverzorgende om de partner te ondersteunen bij de veranderingen in het gezin.	☐	☐	☐	☐	☐