

**VERKENNENDE STUDIE**  
**NAAR DE VOORGESTELDE SPLITSING**  
**VAN DE THUISKRAAMZORG**



P.G.M. Jansen  
W.J. Meijer

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030 - 31 99 46



# INHOUDSOPGAVE

|                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>VOORWOORD</b>                                                           | <b>v</b>   |
| <b>LEESWIJZER</b>                                                          | <b>vii</b> |
| <b>SAMENVATTING</b>                                                        | <b>ix</b>  |
| <b>1. INLEIDING</b>                                                        | <b>1</b>   |
| 1.1. Achtergronden                                                         | 2          |
| 1.2. Relevante beleidsvragen                                               | 6          |
| 1.3. Doel van het vooronderzoek                                            | 8          |
| <b>2. INVENTARISATIE VAN REEDS BEKENDE GEGEVENS</b>                        | <b>11</b>  |
| 2.1. De behoefte aan thuiskraamzorg                                        | 11         |
| 2.1.1. De behoefte vanuit het perspectief van de cliënt                    | 11         |
| 2.1.2. De behoefte vanuit het perspectief van de zorgverleners             | 16         |
| 2.1.3. Indicatiestelling                                                   | 17         |
| 2.2. De mate waarin een aanvullende verzekering zal worden afgesloten      | 18         |
| 2.3. Ongewenste substitutie                                                | 18         |
| <b>3. GEGEVENSVERZAMELING TIJDENS HET VOORONDERZOEK</b>                    | <b>23</b>  |
| 3.1. Onderzoeksvraagstellingen                                             | 23         |
| 3.2. Onderzoeksopzet met betrekking tot de werkzaamheden kraamverzorgenden | 24         |
| 3.2.1. Observatie van de werkzaamheden van kraamverzorgenden               | 24         |
| 3.2.2. Registratie door kraamverzorgenden                                  | 26         |
| 3.2.3. Vragenlijst aan kraamcentra                                         | 26         |
| 3.3. Onderzoeksopzet met betrekking tot ongewenste substitutie             | 27         |
| 3.3.1. Vragenlijst aan de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen               | 27         |
| 3.3.2. Vragenlijst aan verloskundigen                                      | 27         |

|           |                                                                                                                          |           |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.</b> | <b>RESULTATEN VAN DE GEGEVENSVERZAMELING</b>                                                                             | <b>29</b> |
| 4.1.      | Resultaten: werkzaamheden van kraamverzorgenden                                                                          | 29        |
| 4.1.1.    | De geobserveerde cliëntgebonden activiteiten                                                                             | 29        |
| 4.1.2.    | De determinanten van de fasering van deze activiteiten                                                                   | 29        |
| 4.1.3.    | De variabiliteit binnen de geobserveerde activiteiten                                                                    | 30        |
| 4.1.4.    | De mogelijkheden om deze activiteiten in de tijd te verschuiven                                                          | 34        |
| 4.1.5.    | De betekenis van de kraamverzorgende in het gezin                                                                        | 36        |
| 4.1.6.    | Ervaringen met een gereduceerd aanbod van thuiskraamzorg                                                                 | 37        |
| 4.1.7.    | Ervaringen met een aanbod van thuiskraamzorg door verschillende zorgverleners                                            | 38        |
| 4.2.      | Resultaten: ongewenste substitutie                                                                                       | 38        |
| 4.2.1.    | Verwachte consequenties volgens de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen                                                    | 38        |
| 4.2.2.    | Verschil in verleende verloskundige zorg tussen wijkkraamzorg en volledige dagkraamzorg                                  | 40        |
| 4.2.3.    | Verwachte consequenties volgens verloskundigen                                                                           | 40        |
| <b>5.</b> | <b>BESPREKING</b>                                                                                                        | <b>43</b> |
| 5.1.      | Resumé van de onderzoeksresultaten uit hoofdstuk 4                                                                       | 43        |
| 5.2.      | De validiteit van de onderzoeksgegevens                                                                                  | 44        |
| 5.3.      | De generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen                                                                     | 45        |
| 5.4.      | De aanwezige zorgbehoefte (vraag 1)                                                                                      | 46        |
| 5.5.      | De mogelijkheden voor concentratie van activiteiten (vraag 2a)                                                           | 48        |
| 5.6.      | De mate waarin een aanvullende verzekering zal worden afgesloten (vraag 2b)                                              | 49        |
| 5.7.      | De mogelijkheden van zelf- of mantelzorg (vraag 2c)                                                                      | 50        |
| 5.8.      | Thuiskraamzorg geleverd door verschillende professionele zorgverleners                                                   | 50        |
| 5.8.1.    | De mogelijke opties voor het toebedelen van de zorgactiviteiten aan verschillende professionele zorgverleners (vraag 2d) | 50        |
| 5.8.2.    | De mogelijke gevolgen voor de organisatie (vraag 2e)                                                                     | 51        |
| 5.8.3.    | De mogelijke gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, vanuit het perspectief van de cliënt (vraag 2f)                     | 52        |
| 5.9.      | Ongewenste substitutie (vraag 2g)                                                                                        | 53        |
| 5.10.     | Het voorkómen van onnodige medicalisering (vraag 2h)                                                                     | 53        |
| 5.11.     | Alternatieven voor een splitsing van de thuiskraamzorg (vraag 2i)                                                        | 54        |
| 5.12.     | De wenselijkheid van een hoofdonderzoek                                                                                  | 55        |

**BIJLAGE I** Lijst van kraamcentra die het vooronderzoek financieel mogelijk hebben gemaakt

**BIJLAGE II** Observatielijsten



## VOORWOORD

In dit rapport wordt het verslag gedaan van een verkennende studie betreffende een splitsing van de thuiskraamzorg. Het gaat bij deze studie om een vooronderzoek. In het kader van de 'modernisering van de zorgsector' is door Staatssecretaris Simons voorgesteld om een splitsing te maken tussen 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Dit vooronderzoek toont aan dat verschillende vragen nog onbeantwoord zijn gebleven. De nog ontbrekende informatie is van belang om op verantwoorde wijze te kunnen besluiten deze splitsing uit te voeren. Derhalve wordt aanbevolen om in aansluiting op deze studie een uitgebreid onderzoek binnen de thuiskraamzorg te verrichten.

Dit vooronderzoek is in opdracht van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). De namen van de instellingen die de financiering van dit vooronderzoek mede hebben mogelijk gemaakt, zijn opgenomen in bijlage I.

Hierbij willen wij alle kraamcentra, kraamverzorgenden, verloskundigen en hoofdverpleegkundigen van de ziekenhuisafdeling kraamzorg die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hartelijk bedanken. In het bijzonder worden mw. M. Beishuizen (Kraamcentrum Duin en Bollenstreek), mw. C. de Goeij (Kraamcentrum Hoekse Waard), mw. R. Middag (Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland), mw. N. Stouthamer (Nederlandse Organsiatie van Verloskundigen) en mw. J. Zwart (Nederlandse Organsiatie van Verloskundigen) bedankt voor hun constructieve bijdrage aan het vooronderzoek. Prof. P.E. Treffers en dr. D. van Alten worden bedankt voor de relevante informatie die ze tijdens dit vooronderzoek hebben gegeven. Dr. J. Kerssens wordt bedankt voor de adviserende functie die hij tijdens dit vooronderzoek heeft vervuld. Tot slot worden mw. J. Velthuis en mw. R. Wiegers bedankt voor de secretariële ondersteuning.

Utrecht,  
juni 1993



## LEESWIJZER

In het inleidende hoofdstuk zijn de achtergronden van dit vooronderzoek weergegeven. Deze worden omgezet in relevante beleidsvragen, waarna het doel van het vooronderzoek wordt geformuleerd.

Het tweede hoofdstuk van dit rapport bestaat uit een inventarisatie van reeds bekende gegevens die relevant zijn in het kader van een mogelijke splitsing van de thuiskraamzorg. Vervolgens staat in hoofdstuk 3 beschreven welk onderzoek tijdens dit vooronderzoek is verricht om aanvullende gegevens te verkrijgen. De resultaten die zijn voortgekomen uit dit verrichte onderzoek komen aan de orde in hoofdstuk vier. Hierin staan twee onderwerpen centraal: de werkzaamheden van de kraamverzorgende en ongewenste substitutie. Deze resultaten tezamen met de gegevens uit hoofdstuk 2 worden gebruikt om in hoofdstuk 5 de beleidsvragen (zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.) te bespreken. Op basis hiervan wordt tot slot een aantal vragen geformuleerd die als uitgangspunt kunnen worden gebruikt voor een hoofdonderzoek. Bovenstaande onderwerpen zijn in het kort eveneens beschreven in de samenvatting.



## SAMENVATTING

In het kader van de 'modernisering van de zorgsector' is de thuiskraamzorg sterk onder druk komen te staan. Door de Staatssecretaris is een voorstel voor splitsing van de thuiskraamzorg voor advies ingediend bij de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In dit voorstel wordt een scheiding gemaakt tussen 'kraamverpleging' (de directe zorg voor, rond en na de bevalling) en 'kraamverzorging' (de overige zorgonderdelen). In dit rapport wordt tot deze 'kraamverpleging' gerekend: verzorging en controle van de kraamvrouw en de pasgeborene, en voorlichting en instructie. Vervolgens wordt voorgesteld om de 'kraamverpleging' te financieren door de AWBZ terwijl men zich voor de 'kraamverzorging' aanvullend moet verzekeren.

Dit voorstel heeft bij verschillende personen en instanties een negatieve reactie opgeroepen. Volgens deze reacties zal het voorstel een aantasting betekenen van het unieke verloskundige systeem in Nederland. In opdracht van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) een vooronderzoek verricht met de volgende doelstellingen:

- nagaan of er aanwijzingen zijn dat belangrijke vragen voor het beleid open zijn gebleven indien het voorstel tot een splitsing van de thuiskraamzorg wordt ingevoerd zonder nader onderzoek;
- nagaan of er aanwijzingen zijn voor het optreden van negatieve effecten als de thuiskraamzorg wordt gesplitst;
- het nagaan van de wenselijkheid van een hoofdonderzoek.

### *Inventarisatie bekende gegevens*

Om deze doelstellingen te bereiken is allereerst een inventarisatie gemaakt van reeds bekende gegevens die relevant zijn voor een mogelijke splitsing binnen de thuiskraamzorg. Uit deze gegevens blijkt allereerst dat veel behoefte bestaat aan volledige dagkraamzorg (64 uur), maar dat de gedeeltelijke dagkraamzorg (in de vorm van 5-uurs kraamzorg: 8 dagen lang 5 uur per dag) ook voorziet in een behoefte. Tevens blijkt dat momenteel reeds ervaringen worden opgedaan met een systeem voor indicatiestelling om de behoefte aan thuiskraamzorg op objectieve wijze door een deskundige te bepalen. Naast de behoefte vanuit het perspectief van de cliënt lijkt de thuiskraamzorg tevens een behoefte aan signalering en preventie te vervullen.

In navolging van een onderzoek binnen de fysiotherapie wordt geconcludeerd, dat het niet vanzelfsprekend is, te verwachten dat cliënten zich aanvullend

zullen gaan verzekeren als slechts een deel van de thuiskraamzorg door de AWBZ zal worden gefinancierd.

In het kader van het mogelijk optreden van ongewenste substitutie blijkt uit gegevens van het kraamcentrum Amsterdam en het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, dat het niet beschikbaar zijn van thuiskraamzorg gepaard gaat met een hoger percentage opnames in het ziekenhuis voor het klinisch kraambed. Door dr. D. van Alten en prof. P.E. Treffers wordt aangegeven dat kinderartsen en gynaecologen veel vertrouwen hebben in de huidige thuiskraamzorg. Uit statistieken van de Geneeskundige Hoofdinspectie blijkt dat de thuiskraamzorg sinds 1975 na klinische bevallingen (dat wil zeggen: op medische indicatie) is toegenomen. Het is niet uit te sluiten dat een reductie van de thuiskraamzorg zal leiden tot een toename van het klinisch kraambed.

#### *Gegevens uit vooronderzoek*

Aansluitend op deze inventarisatie van reeds bekende gegevens is tijdens dit vooronderzoek apart onderzoek verricht naar de werkzaamheden die kraamverzorgenden verrichten, ervaringen die zijn opgedaan met het noodgedwongen aanbieden van minder thuiskraamzorg en naar ongewenste substitutie.

Om een beeld te krijgen van de werkzaamheden zijn allereerst 4 verschillende kraamverzorgenden bij 4 verschillende kraamgezinnen 1 dag geobserveerd. Vervolgens is door 66 kraamverzorgenden (respons=88%) in Nederland op 1 dag geregistreerd op welk tijdstip ze bepaalde werkzaamheden uitvoerden. Op grond van de observaties wordt geconcludeerd dat de activiteiten die de kraamverzorgende verricht sterk worden gedictieerd door de opeenvolging van voedingstijden, rusttijden, wasbeurt van de baby, het verschonen van de baby, tijden waarop de maaltijden plaatsvinden en de tijden waarop de kraamvisite komt. De kraamverzorgenden werken volgens een vast patroon, bepaald door verschillende factoren. Dit patroon wordt bevestigd door de tijdsregistraties die de 66 kraamverzorgenden verspreid over Nederland hebben uitgevoerd. Aangezien veel werkzaamheden zowel 's ochtends als 's middags worden uitgevoerd zal de kraamverzorgende bij bundeling van de werkzaamheden (in de ochtend of in de middag) een aantal gebeurtenissen missen. Tevens wordt op grond van de observaties geconcludeerd dat observatie / verzorging / GVO / instructie niet zondermeer strikt zijn te scheiden van de huishoudelijke werkzaamheden. Het uitvoeren van de huishoudelijke werkzaamheden heeft een bredere betekenis dan puur huishoudelijk. Het werk van de kraamverzorgende lijkt dan ook niet zondermeer op te splitsen in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Er is sprake van een sterke mate van verwevenheid tussen alle werkzaamheden die de kraamverzorgende verricht.

Door middel van een enquête die verstuurd is naar 76 kraamcentra in Nederland is gepoogd een beeld te krijgen van de ervaringen die in de praktijk mogelijk reeds zijn opgedaan met een splitsing van de thuiskraamzorg. Van 46 kraamcentra is een vragenlijst terug ontvangen (de respons is tenminste 61%). Door 23 van de 46 kraamcentra die een vragenlijst hebben teruggestuurd, is aangegeven dat ze de afgelopen 10 jaar voor een langere periode noodgedwongen minder thuiskraamzorg aan moesten bieden dan de hoeveelheid die de cliënten wensten. Het betreft dus gezinnen die niet bewust kiezen voor weinig thuiskraamzorg. Dit kwam met name voor gedurende de vakantieperiode. De ervaringen hiermee kunnen als negatief worden beschouwd: de cliënten waren ontevreden, de kraamverzorgenden zeiden minder plezier in hun werk te hebben, voor de organisatie betekende het problemen met de personeelsplanning en een slecht imago naar de cliënt. Zeven kraamcentra hebben in de afgelopen jaren reeds enige ervaringen opgedaan met het uitbesteden van activiteiten aan een andere zorgverlener, met name een gezinsverzorgende. Over het algemeen leidde dit tot moeizame communicatie tussen de zorgverleners en onduidelijkheid naar de cliënt.

Om te kunnen bepalen in hoeverre ongewenste substitutie is te verwachten is een vragenlijst gestuurd aan verloskundigen (respons=80%) en aan het hoofd van de afdeling kraamzorg in een aantal ziekenhuizen (respons=83%). Beide groepen zorgverleners geven aan dat 24 uur thuiskraamzorg waarschijnlijk onvoldoende is om voldoende rust en begeleiding van de kraamvrouw te waarborgen. Vervolgens komt in de antwoorden naar voren dat, indien in de toekomst alleen nog maar wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen, de hoofdverpleegkundigen dan verwachten dat moeder en baby langer in het ziekenhuis worden gehouden in de volgende situaties:

- na een vacuüm- en/of tangverlossing,
- als de baby een geboortegewicht heeft van rond de 2500 gram,
- als de baby spuugt.

De verloskundigen verwachten daarnaast voor zichzelf een taakverzwaring als in de toekomst alleen maar wijkkraamzorg is te krijgen. Dit wordt geïllustreerd door de opmerking van 31 verloskundigen (86% van de respondenten) dat ze bij wijkkraamzorg meer zorg verlenen dan bij volledige dagkraamzorg. Ze brengt vaker een bezoek en de bezoeken aan gezinnen met wijkkraamzorg nemen meer tijd in beslag, de verloskundige wordt vaker gebeld. Vervolgens geven 24 verloskundigen (67% van de respondenten) aan dat de soort zorg verschilt tussen gezinnen met wijkkraamzorg en gezinnen met volledige dagkraamzorg. Ze geven bij wijkkraamzorg meer informatie over borstvoeding, meer begeleiding en meer GVO. Aangezien in deze antwoorden de wenselijkheid van de verloskundige door kan klinken is nader onderzoek op dit onderdeel gewenst.

### *Conclusie*

In het vijfde hoofdstuk waarin de resultaten van dit vooronderzoek worden besproken wordt geconcludeerd, dat verschillende vragen nog onbeantwoord zijn gebleven. De nog ontbrekende informatie is van belang om op verantwoorde wijze te kunnen besluiten tot een splitsing van thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Er is nog weinig beleidsrelevante informatie beschikbaar op het gebied van de thuiskraamzorg. Derhalve wordt een hoofdonderzoek noodzakelijk geacht ter ondersteuning van het beleid ten aanzien van de thuiskraamzorg. Uit dit vooronderzoek zijn de volgende vragen voortgekomen die als uitgangspunt kunnen dienen voor het hoofdonderzoek:

- 1. Waaruit bestaat de behoefte aan thuiskraamzorg bij verschillende groepen in de bevolking?*
- 2. In hoeverre is het mogelijk om door indicatiestelling voor en na de bevalling de behoefte aan thuiskraamzorg per geval te bepalen?*
- 3. Aan welke kwaliteitscriteria dient thuiskraamzorg te voldoen?*
- 4. In hoeverre is het mogelijk om met behoud van de kwaliteit van de thuiskraamzorg de werkzaamheden van de kraamverzorgende volgens een andere tijdsindeling uit te voeren?*
- 5. In hoeverre zullen mensen zich aanvullend gaan verzekeren als alleen wijkkraamzorg (24 uur) via de AWBZ wordt verzekerd?*
- 6. In hoeverre is het mogelijk dat door een kraamgezin zelf, en/of met mantelzorg, de werkzaamheden die buiten de wijkkraamzorg (24 uur) vallen, worden uitgevoerd?*
- 7. In hoeverre is het mogelijk en wenselijk om thuiskraamzorg door verschillende zorgverleners in één kraamgezin aan te laten bieden?*
- 8. Welke consequenties heeft het aanbieden van thuiskraamzorg door verschillende professionele zorgverleners voor de zorgverleners zelf en voor de organisatie waarin ze werken?*
- 9. In hoeverre kunnen de in dit vooronderzoek verkregen aanwijzingen dat ongewenste substitutie zou kunnen optreden bij een vermindering van thuiskraamzorg, harder worden gemaakt?*

In overleg met betrokken instanties en personen zal op grond van deze vragen een selectie worden gemaakt om te komen tot een voorstel voor het hoofdonderzoek. Daarbij zullen vanuit een breed kader ook andere relevante vragen worden meegenomen.

## 1. INLEIDING

Zowel volgens het Regeringsstandpunt Verloskunde (Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, 1989) als de Adviescommissie Verloskunde (1987) is de georganiseerde thuiskraamzorg een pijler onder het in Nederland vigerende verloskundige systeem (met een centrale plaats voor eerstelijns bevallingen, met name thuisbevallingen).

De meest voorkomende vormen van thuiskraamzorg in Nederland zijn momenteel: volledige dagkraamzorg of interne zorg ( $\pm 64$  uur), gedeeltelijke dagkraamzorg ( $\pm 40$  uur variabel verdeeld over 8 dagen of 5-uurs kraamzorg: 8 dagen lang 5 uur per dag), wijkkraamzorg of kraamzorgbezoeken ( $\pm 24$  uur) en gecombineerde kraamzorg (combinatie van de vorige vormen). De verdeling van drie van deze vormen van thuiskraamzorg wordt weergegeven in tabel 1.1. De gedeeltelijke dagkraamzorg komt in deze registratie niet als aparte categorie voor.

Tabel 1.1. Verdeling vormen van thuiskraamzorg

|                         | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 |
|-------------------------|------|------|------|------|
| volledige dagkraamzorg  | 78%  | 78%  | 70%  | 58%  |
| wijkkraamzorg           | 13%  | 12%  | 19%  | 20%  |
| gecombineerde kraamzorg | 9%   | 10%  | 11%  | 22%  |

Bron: GHI Kraamzorg (1975-1990)

Uit deze gegevens blijkt dat het percentage dagkraamzorg met name de laatste jaren sterk is verminderd ten gunste van de wijkkraamzorg en de gecombineerde kraamzorg.

Deze verschillende vormen van thuiskraamzorg staan in het teken van het volgende doel: 'Een zodanige zorg te geven dat de kraamvrouw na de verzorging in staat is zelfstandig, zonder lichamelijke dan wel emotionele problemen, het kind te verzorgen en haar gebruikelijke rol binnen het gezin weer op te nemen' (Nationale Kruisvereniging, 1985). Dit impliceert een gefaseerde aanpak ten aanzien van de volgende taken:

1. Voorbereiding op en assistentie bij de bevalling, zowel thuis als poliklinisch;
2. De verzorging van kraamvrouw en pasgeborene;
3. Het signaleren van gezondheidsproblemen;
4. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1990).

Wijkkraamzorg (24 uur) is beperkt tot deze taken. Indien meer dan 24 uur kraamzorg wordt geleverd, behoort ook de zorg voor het gezin (huishoudelijke werkzaamheden, opvang kinderen, etc.) tot de taken. Indien een kraamverzorgende meer uren in een gezin aanwezig is, zal ze ook meer van deze taken uitvoeren.

Door de Staatssecretaris is een voorstel ingediend voor het splitsen van thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Omdat dit voorstel een onderdeel vormt van de modernisering van de zorgsector en mogelijk ingrijpende consequenties tot gevolg zal hebben, worden in dit hoofdstuk de achtergronden beschreven die hebben geleid tot het uitvoeren van dit vooronderzoek. In het verlengde hiervan wordt een aantal relevante beleidsvragen geformuleerd en het doel van dit vooronderzoek omschreven.

## 1.1. Achtergronden */onderzoek*

De 'modernisering van de zorgsector' is een belangrijk onderdeel van het kabinetsbeleid. In de brief van de bewindslieden van WVC van 5 juni 1992 worden de doelstellingen met betrekking tot deze modernisering als volgt omschreven:

- een toegankelijke gezondheidszorg;
- een beheersbare aanbod- en vraagsituatie, zowel in termen van kosten als kwaliteit;
- een stelsel gebaseerd op solidariteit;
- medeverantwoordelijkheid van alle betrokkenen.

Uit deze hoofddoelstellingen vloeit voort dat een moderne zorgverzekering met een doordacht basispakket en effectieve prikkels voor aanbieders en vragers inzet van beleid is.

Het kabinet is de opvatting toegedaan dat aanvullende inspanningen op het terrein van de eigen betalingen en de doelmatigheid in de zorgsector noodzakelijk zijn. Het kabinet gaat er daarbij vanuit dat binnen de verhouding 82% inkomensafhankelijke premie en 18% nominale premie het totaal aan eigen betalingen tenminste 15% van de totale zorgkosten blijft omvatten (Ministerie van WVC, 1992a).

In dit kader zijn ook de criteria van de Commissie Dunning (1991) van belang. Deze criteria worden door deze commissie voorgesteld als richtsnoer om te bepalen of onderdelen uit het bestaande voorzieningenpakket na kritische beoordeling kunnen worden toegelaten tot het basispakket. Als eerste criterium geldt dat een voorziening kan worden gerekend tot *noodzakelijke* zorg. Indien dit het geval is, wordt volgens het tweede criterium de *werkzaamheid* vastge-

Wanneer voorzieningen noodzakelijk zijn en vervolgens hun werkzaamheid is gebleken, is een volgend criterium van toepassing, namelijk *doelmatigheid*. Tenslotte dient te worden nagegaan of de zorg niet voor *eigen rekening en verantwoording* kan komen (Commissie Keuzen in de zorg, 1991).

Een ander uitgangspunt dat bij de modernisering van de zorgsector wordt gehanteerd is het centraal stellen van de vraag van de patiënt in plaats van het aanbod van de instelling. In dit kader wordt de functiegerichte omschrijving van zorg uitgewerkt zoals voorgesteld in het advies 'Bereidheid tot verandering' door de Commissie Dekker (1987). In 1990 heeft de Ziekenfondsraad een advies geformuleerd over de functiegerichte omschrijving van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging. Hierin behoorde de kraamzorg niet tot een afzonderlijk zorgonderdeel. In dit advies werd de kraamzorg enerzijds gerekend tot de verzorging (de huishoudelijke hulp) en anderzijds tot de verpleging (assistentie bij de bevalling en de verpleging van moeder en kind) (Ziekenfondsraad, 1990). Een jaar later heeft de Ziekenfondsraad deze functiegerichte omschrijving verder uitgewerkt. Hierin stelt de raad voor de aanspraken op kraamverpleging afzonderlijk te omschrijven, zodat ook in de omschrijving van de aanspraken de specificiteit en de herkenbaarheid van deze zorgvorm tot uitdrukking komt (Ziekenfondsraad, 1991). Vervolgens kan volgens het 'Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering' voor twee vormen aanspraak worden gemaakt op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:

1. Kraamverpleging, hetgeen verpleging van moeder en kind omvat gedurende ten minste 24 uur, redelijk gespreid over 7 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
2. Kraamverzorging en -verpleging in een instelling in gevallen waarin de verzekerde, gelet op zijn behoefte, daarop strikt medisch niet is aangewezen, omvat verzorging en verpleging van moeder en kind in een instelling gedurende ten minste 7 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1991).

De Staatssecretaris van WVC wil het voorgaande verder uitwerken en heeft derhalve een adviesaanvraag ingediend bij de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In de brief van 14 december 1992 worden 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' als twee aparte onderdelen van de huidige verstrekking kraamzorg beschreven. De volgende passage uit de brief beschrijft de splitsing en de motivering hiervoor:

"Het kabinet kwam tot de opvatting dat de directe kraamzorg voor, rond en na de bevalling onderdeel behoort te zijn van de gemoderniseerde zorgaanspraken. Dit betreft dus de kraamverpleging. Met betrekking tot het verzorgingsaspect na de bevalling, dat ook deel uitmaakt van de huidige in

het kader van de ziekenfondsverzekering geregelde verstrekking kraamzorg, meent het kabinet dat dit niet in de aanspraken op verzorging en verpleging behoeft te worden opgenomen. Dit onderdeel zou zeer wel aanvullend verzekerd kunnen worden aangezien het een te overzien risico betreft en tot de eigen verantwoordelijkheden van de verzekerden gerekend kan worden. Bovendien zou met een dergelijke splitsing een bijdrage geleverd kunnen worden aan het voorkomen van onnodige medicalisering. Immers, de kraamverpleging is gezien de positie van moeder en kind medisch noodzakelijk, terwijl professionele verzorging na de bevalling strikt genomen uit medisch oogpunt niet noodzakelijk is. Dit laatstgenoemde onderdeel zou ook door zelf- en/of mantelzorg kunnen worden opgevangen. Ik verzoek de Raad het aspect van ongewenste substitutie naar kraamzorg in het ziekenhuis met oneigenlijke medische indicaties voor het kraambed aldaar, dat eventueel het gevolg kan zijn van deze voorstellen, te behandelen. Eveneens ware daarbij te betrekken de vraag of effectief voorkomen kan worden dat verzekerden voor de verzorging na de bevalling aanspraak maken op de verzorging zoals die in genoemd wetsvoorstel (op 6 nov '92 over de functiegerichte aanspraken op zorg) is opgenomen" (Ministerie van WVC, 1992b).

De exacte inhoud van deze splitsing (onderscheid in werkzaamheden) is in dit voorstel geheel niet duidelijk. Overigens komen gehanteerde termen niet overeen met de terminologie die de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg hanteert. Volgens deze vereniging is thuiskraamzorg namelijk onder te verdelen in 'assistentie partus', 'kraamverzorging' (= verzorging en controle kraamvrouw, verzorging en controle pasgeborene en voorlichting en instructie), 'verzorging kinderen' en 'huishoudelijke taken' (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Werkgroep Kraamzorg, 1992). Dus het gedeelte van de thuiskraamzorg dat in de brief van de Staatssecretaris 'kraamverpleging' wordt genoemd, wordt in de terminologie van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg aangeduid als 'kraamverzorging'. In dit rapport zal de terminologie worden gebruikt conform de brief van de Staatssecretaris. Onder 'kraamverpleging' wordt in dit rapport verstaan: verzorging en controle van kraamvrouw en pasgeborene, voorlichting en instructie. De 'kraamverzorging' houdt de overige onderdelen van de kraamzorg in.

Het is overigens nog onduidelijk of een gescheiden financiering van 'kraamverpleging' (AWBZ) en 'kraamverzorging' (aanvullende verzekering) zal leiden tot verschillende zorgverleners of dat één zorgverlener uit verschillende bronnen zal worden gefinancierd.

Naar aanleiding van de hierboven beschreven ontwikkelingen moge het duidelijk zijn, dat de thuiskraamzorg sterk onder druk is komen te staan. Verschillende instanties en personen hebben gereageerd om aan te geven dat met deze maatregel de kwaliteit van de thuiskraamzorg en de eerstelijns verloskundige zorg worden aangetast. Hieronder wordt een aantal reacties beschreven die op het voorstel van de Staatssecretaris zijn verschenen.

Als eerste wordt de reactie van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg gegeven: "Wij verwerpen met klem het in de nota geformuleerde voornemen om de kraamzorg in het basispakket te beperken tot de zorg voor rond en na de bevalling, welke stellingname niet los gezien kan worden van discussies op politiek niveau om bepaalde andere onderdelen van de thuiszorg buiten de basisverzekering te houden. Uitvoering van genoemd voornemen impliceert, dat een aanzienlijk deel van het huidige reguliere pakket van de kraamzorg (meer dan vijftig procent) buiten de basisverzekering zou gaan vallen. Naar onze overtuiging zal dit feitelijk leiden tot een aanzienlijke reductie van de kraamzorg, aangezien de in de nota beoogde onderbrenging van de verzorgende component van de kraamzorg in een aanvullende verzekering, in de praktijk weinig kansen zal krijgen" (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1992a).

Vanuit de Emancipatieraad wordt eveneens bezwaar aangetekend: " ... aan vrouwen als cliënt van zorg wordt afhankelijkheid van het ziekenhuis opgedrongen; het beroep kraamverzorging wordt uitgehold; kraamverzorgsters worden volkomen ten onrechte ondergewaardeerd en klemgezet, terwijl deze beroepsgroep notabene haar functie op zeer uitgewogen wijze kwalitatief goed en financieel zo efficiënt mogelijk uitoefent" (Emancipatieraad, 1992).

Namens de Vakgroep Verloskunde/Gynaecologie/Neonatologie van het Academisch Ziekenhuis te Amsterdam geven prof. P.E. Treffers en dr. D. van Alten aan dat de signaalfunctie van de kraamverzorgende erg belangrijk is. "Het is vooral de signaalfunctie tussen de tweede en zevende dag die de kinderarts kan bewegen de kraamperiode thuis te laten plaatsvinden. (...) Goede observatie van het kind lijkt het enige te zijn dat tot vroegtijdige herkenning van infecties kan leiden" (Treffers en Van Alten, 1992). Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde sluit zich bij de inhoud van deze brief aan (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 1993).

Ook door de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen wordt het voornemen tot een splitsing en mogelijke vermindering van de huidige thuiskraamzorg sterk ontraden: "Professionele kraamzorgverlening ook na de bevalling, dus tijdens de kraambedperiode, is uit medisch oogpunt noodzakelijk. Goede kraamverzorging heeft een sterk preventieve werking; indien geen of slechts in

beperkte mate professionele kraamverzorging aanwezig is zal dit leiden tot meer ziekenhuisopnamen; ook de kans op infecties wordt vergroot. Door een sterke aantasting van de kraamzorg zal het specifieke beroep van kraamverzorgster en daarmee de mogelijkheid om thuis te bevallen en thuis het kraambed door te brengen, op den duur verdwijnen. Er zal een ongewenste verschuiving optreden naar vraag om hulp en voorlichting door de verloskundige, die daardoor extra belast wordt" (Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 1993).

Tot slot wordt vermeld dat ook de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland vraagtekens zet bij deze splitsing van de thuiskraamzorg. De huidige thuiskraamzorg heeft verschillende elementen, te weten observatie van moeder en baby, lichamelijke verzorging, huishoudelijke verzorging en begeleiding (gezondheidsvoorlichting en opvoeding en instructie) (Projectgroep 'Zelfstandig functioneren', 1990). De Stichting vraagt zich af of met het element van begeleiding voldoende rekening is gehouden bij de uitsplitsing van thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Deze begeleiding houdt in GVO en advisering en vormt volgens de Stichting in de praktijk een onlosmakelijk onderdeel van de kraamverpleging en de kraamverzorging. De preventieve betekenis van deze begeleiding is volgens de Stichting wezenlijk voor de kraamvrouwen en bepaalt in belangrijke mate de zorgbehoefte. Immers, door enerzijds meer informatie vanuit verschillende richtingen en anderzijds minder 'traditionele' sociale contacten en opvang (familie, burens) zou de onzekerheid bij kraamvrouwen kunnen toenemen, met tegelijk verminderde opvang.

Uit deze achtergronden komt duidelijk naar voren dat de thuiskraamzorg onder druk staat. De voorgestelde splitsing roept een aantal vragen op die in de volgende paragraaf worden geformuleerd.

## **1.2. Relevante beleidsvragen**

Als het voorstel tot splitsing van de thuiskraamzorg, zoals beschreven in de vorige paragraaf, wordt uitgevoerd zijn de volgende veronderstellingen van wezenlijk belang:

- de assistentie bij de bevalling wordt gewaarborgd;
- de observatie / verzorging van moeder en kind en GVO / instructie kunnen worden verricht binnen 24 uur, hetgeen betekent dat deze activiteiten zijn te bundelen en uit te voeren in een periode van gemiddeld 3 uur in de eerste 8 dagen;
- in de behoefte aan de overige zorgonderdelen zal worden voorzien door aanvullende verzekering;

- in geval dat er niet een aanvullende verzekering is gesloten zal door middel van zelf- en/of mantelzorg kunnen worden voorzien in de behoefte aan de overige zorgonderdelen in de kraamperiode;
- het inzetten van meerdere zorgverleners bij het kraambed levert geen (grote) problemen op voor de uitvoerende zorgorganisaties;
- de kwaliteit van de zorg, gezien vanuit het perspectief van de cliënt, blijft voldoende gehandhaafd;
- splitsing van de thuiskraamzorg zal niet leiden tot een belangrijke ongewenste substitutie, d.w.z. een verschuiving van verloskundige- en kraamzorg thuis naar verloskundige- en kraamzorg in het ziekenhuis of van thuiskraamzorg naar verloskundige zorg;
- met splitsing van de thuiskraamzorg zou een bijdrage kunnen worden geleverd aan het voorkómen van onnodige medicalisering;
- de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg is te verkiezen boven alternatieve mogelijkheden om thuiskraamzorg te organiseren.

Uit de hierboven geformuleerde veronderstellingen en de in 1.1. beschreven reacties ten aanzien van het voorstel voor de splitsing van de thuiskraamzorg kunnen de volgende beleidsvragen worden afgeleid:

1. Waaruit bestaat de behoefte aan zorgverlening na een thuisbevalling en/of poliklinische bevalling gedurende de kraamperiode, onderscheiden naar 'kraamverpleging' (zoals omschreven door de Staatssecretaris) en andere onderdelen van de thuiskraamzorg?
2. Wat zijn de verschillende mogelijkheden om in deze zorgbehoefte te voorzien en wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?

Deze vraag wordt toegespitst in de volgende deelvragen:

- 2a. In hoeverre is het mogelijk om de activiteiten op het gebied van observatie / verzorging van moeder en baby en GVO / instructie, voor zover deze gespreid plaatsvinden over de dag, te bundelen zodat deze kunnen worden uitgevoerd binnen een periode van enkele uren?
- 2b. In hoeverre is te verwachten dat de mensen zich aanvullend zullen verzekeren voor de overige zorgonderdelen binnen de thuiskraamzorg?
- 2c. In hoeverre zou, bij afwezigheid van professionele zorgverlening van de overige zorgonderdelen in de kraamperiode, de behoefte aan deze zorgverlening kunnen worden voorzien door zelf- en/of mantelzorg?
- 2d. Indien bij aanvullende verzekering de 'kraamverzorging' wordt verleend door verschillende zorgverleners, hoe zouden de taken op het zorgvlak zijn toe te bedelen aan deze zorgverleners?
- 2e. Wat zouden de gevolgen kunnen zijn van het inzetten van verschillende professionele zorgverleners voor de kraamverzorgenden en de organisatie?

- 2f. Wat zouden de gevolgen kunnen zijn van verschillende zorgverleners aan het kraambed voor de kwaliteit van de zorg gezien vanuit het perspectief van de cliënt?
- 2g. In hoeverre zou met een splitsing van de thuiskraamzorg een bijdrage kunnen worden geleverd aan het voorkómen van onnodige medicalisering?
- 2h. In hoeverre is een ongewenste substitutie te verwachten na splitsing van de thuiskraamzorg, d.w.z. een verschuiving van verloskundige- en kraamzorg thuis naar verloskundige- en kraamzorg in het ziekenhuis alsmede een verschuiving van thuiskraamzorg naar verloskundige zorg?
- 2i. Zijn er alternatieven voor een splitsing van de thuiskraamzorg en wat zouden de voor- en nadelen hiervan kunnen zijn?

### **1.3. Doel van het vooronderzoek**

In het kader van de achtergronden die zijn beschreven en de vragen die men vervolgens kan stellen heeft de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland als opdrachtgever het initiatief genomen voor het laten uitvoeren van een vooronderzoek binnen de thuiskraamzorg. Het NIVEL is gevraagd dit vooronderzoek uit te voeren in de periode van 15 februari tot en met 31 mei 1993. Op deze manier zouden de resultaten van dit vooronderzoek nog kunnen worden meegenomen in de besluitvorming over de splitsing van de thuiskraamzorg. Om dit vooronderzoek mogelijk te maken heeft de Stichting een brief gestuurd naar de andere kraamcentra in Nederland waarin werd gevraagd om een financiële bijdrage. Van veel organisaties heeft de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland enthousiaste reacties gekregen op het initiatief. Van 28 organisaties is tevens een financiële bijdrage ontvangen om het vooronderzoek mogelijk te maken. De namen van deze organisaties zijn opgenomen in bijlage I. De overige organisaties wilden (of konden) in de meeste gevallen geen financiële bijdrage leveren omdat de financiële middelen binnen de organisatie ontbraken of omdat men van mening was dat het niet de taak van kraamcentra is om zelf zo'n onderzoek te financieren.

De Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland (tevens gesteund door vele andere kraamcentra) vraagt zich af in hoeverre het mogelijk en wenselijk is om de thuiskraamzorg te splitsen in twee aparte onderdelen. Dit heeft geleid tot de volgende doelstellingen voor dit vooronderzoek:

- nagaan of er aanwijzingen zijn dat belangrijke vragen voor het beleid open zijn gebleven indien het voorstel tot een splitsing van de thuiskraamzorg wordt ingevoerd zonder nader onderzoek;
- nagaan of er aanwijzingen zijn voor het optreden van negatieve effecten als de thuiskraamzorg wordt gesplitst;

- het nagaan van de wenselijkheid van een hoofdonderzoek.

In dit vooronderzoek wordt gepoogd om uit verschillende bronnen informatie te verkrijgen waarmee de hierboven geformuleerde beleidsvragen geheel of gedeeltelijk kunnen worden beantwoord. Hiervoor zal gebruik worden gemaakt van reeds bekende gegevens aangevuld met de resultaten die voortkomen uit het specifieke onderzoek dat is verricht tijdens dit vooronderzoek. In het vijfde hoofdstuk worden deze beleidsvragen met behulp van alle verzamelde gegevens nader besproken.

Om duidelijk te kunnen maken welke consequenties een opsplitsing van de thuiskraamzorg zou kunnen hebben richt het vooronderzoek zich op zowel de vraag- als aanbodzijde. De vraag naar thuiskraamzorg wordt beschreven aan de hand van de behoefte vanuit het perspectief van de cliënt, de werkzaamheden die door kraamverzorgenden worden verricht en de betekenis die ze vervult voor de cliënt. De aanbodzijde wordt met name belicht aan de hand van het mogelijk optreden van een ongewenste substitutie. Eveneens zal in het kort aandacht worden besteed aan de coördinatie en samenwerking tussen verschillende zorgverleners binnen de kraamzorg en de werkbeleving van kraamverzorgenden.



## 2. INVENTARISATIE VAN REEDS BEKENDE GEGEVENS

In dit hoofdstuk wordt een inventarisatie gegeven van reeds bekende gegevens die relevant zijn in het kader van een splitsing van de thuiskraamzorg. Dit hoofdstuk is ingedeeld aan de hand van een aantal onderwerpen die betrekking hebben op de beleidsvragen uit paragraaf 1.2.

### 2.1. De behoefte aan thuiskraamzorg

#### 2.1.1. De behoefte vanuit het perspectief van de cliënt

Over de behoefte aan thuiskraamzorg vanuit het perspectief van de cliënt zijn niet veel gegevens bekend. Uit de resultaten van het onderzoek dat Bastiaenen en Dresmé (1989) hebben uitgevoerd alsook uit het onderzoek dat is verricht door Kerssens (1991), komt naar voren dat de cliënt het liefst volledige dagkraamzorg wenst. Echter, uit onderzoek in Amsterdam (Dijkema, 1989) en binnen de Kruisvereniging Amstelland en Meerlanden e.o. blijkt dat een vorm van gedeeltelijke dagkraamzorg (de 5-uurs kraamzorg) ook in een behoefte voorziet. Ter illustratie van de behoefte van de cliënt wordt onderstaand een aantal resultaten van de onderzoeken van Kerssens (1991) en Dijkema (1989) gepresenteerd.

#### *Kerssens (1991): Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg*

Bijna alle ondervraagde kraamvrouwen zijn bekend met volledige dagkraamzorg (96%) en wijkkraamzorg (81%). De voorkeur van acht à negen van de tien kraamvrouwen gaat uit naar de volledige dagkraamzorg (83%) (100% - 63%/-83%). De rest kiest eigenlijk allemaal voor wijkkraamzorg (14%). De gewenste vorm van thuiskraamzorg wordt niet altijd geboden. Aan het grootste deel van kraamvrouwen (63%) is volledige dagkraamzorg geboden en circa 20% ontving de combinatie van wijkkraamzorg in de eerste dag(en) en volledige dagkraamzorg in de daaropvolgende dagen (dit is overigens de omgekeerde volgorde dan voorgesteld in het concept 'flexibele kraamzorg'). Het percentage geboden wijkkraamzorg bedraagt 15%. De resterende 2% wordt kiest voor gedeeltelijke dagkraamzorg of gecombineerde kraamzorg. Uit deze gegevens blijkt dus dat aan 24% (100% - 63%/83%) van de kraamvrouwen die dit wensen geen volledige dagkraamzorg kan worden geboden. Het is vervolgens opvallend dat de aangegeven voorkeur voor kraamzorg bij een eventuele volgende bevalling meer lijkt op de *geboden* kraamzorg dan de aanvankelijk *gewenste* kraamzorg. De conclusie die hieraan verbonden zou kunnen worden luidt, dat men over het

algemeen tevreden is over de vorm van kraamzorg die men ontvangt, ook al komt die niet overeen met de aanvankelijk gewenste vorm. Er is echter wel een verschil tussen de verschillende ontvangen vormen.

Kraamvrouwen met volledige dagkraamzorg geven in grotere meerderheid aan dat zij de volgende keer weer volledige dagkraamzorg willen. Zeer zeker als zij van oordeel zijn dat de kraamverzorgende erg deskundig is (97%), maar zelfs ook als zij dat niet vinden (93%). Kraamvrouwen die wijkkraamzorg kregen zijn veel minder eensluidend in hun wens de volgende keer weer wijkkraamzorg te nemen, en het oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende speelt een grote rol. Als zij vinden dat de kraamverzorgende erg deskundig is geldt een percentage van 77%, als ze niet positief zijn over de deskundigheid van de kraamverzorgende is het percentage 57%. Kraamvrouwen die gedeeltelijke dagkraamzorg kregen zijn erg verdeeld in hun mening dat de volgende keer weer te willen. Bij een uitgesproken positief oordeel over de deskundigheid van de kraamverzorgende wil 63% de volgende keer weer gedeeltelijke dagkraamzorg, is dat oordeel niet positief, dan is dat percentage veel lager (41%).

Conclusie: "De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat, althans in de huidige situatie (...) 'zorg op maat' en 'aansluiten op de behoefte van de patiënt' leidt tot minder variatie in het aantal verzorgingsdagen (...) en ook minder variatie in vormen van zorg. Zorg op maat betekent over het algemeen (85%) volledige dagkraamzorg en een verzorgingsduur van acht dagen" (Kerssens, 1991, p80).

Aangezien in het vooronderzoek van Kerssens 14% van de kraamvrouwen bewust kiest voor wijkkraamzorg wordt aan deze groep in het kort extra aandacht besteed. In het onderzoek van Kerssens wordt voorzichtig geconcludeerd, dat met name gevoelens voor privacy en het nemen van initiatief de keuze voor wijkkraamzorg lijken te bepalen. Tevens geeft 96% van alle kraamvrouwen met een voorkeur voor wijkkraamzorg aan dat zij mantelzorg hebben gekregen waarbij de moeder of schoonmoeder het meest genoemd wordt. Degenen met een voorkeur voor volledige dagkraamzorg kregen minder vaak mantelzorg en zij noemden, wat betreft mantelzorg, het meest hun partner.

Met betrekking tot het onderzoek van Kerssens (1991) wordt tot slot nog ingegaan op het resultaat van de kraamzorg (zie tabel 2.1). In de enquête zijn tien taken genoemd waarvan de kraamvrouw moest aangeven in hoeverre zij in staat was deze taken uit te voeren. Uit deze tabel blijkt dat de huishoudelijke werkzaamheden, de zorg voor voldoende rust en het huishoudelijk inkopen door een aanmerkelijk aantal kraamvrouwen na de kraamperiode nog nauwelijks kunnen worden uitgevoerd.

Tabel 2.1. Percentage van kraamvrouwen naar de mate waarin zij zelf in staat zijn taken uit te voeren

| taakdelen                    | geheel | grotendeels | nauwelijks | geheel niet | N*   |
|------------------------------|--------|-------------|------------|-------------|------|
| verzorgen moeder             | 95%    | 4%          | 1%         | -           | 1787 |
| zorg hygiëne moeder en kind  | 94%    | 5%          | 1%         | -           | 1787 |
| verzorgen baby               | 93%    | 6%          | 1%         | -           | 1787 |
| verzorgen wasgoed            | 67%    | 27%         | 5%         | 2%          | 1784 |
| verzorgen maaltijden         | 63%    | 28%         | 8%         | 2%          | 1779 |
| opvang van andere kinderen   | 61%    | 35%         | 4%         | 1%          | 896  |
| opvang kraamvisite           | 49%    | 42%         | 8%         | 2%          | 1779 |
| huishoudelijke werkzaamheden | 37%    | 44%         | 16%        | 3%          | 1782 |
| zorg voor voldoende rust     | 36%    | 42%         | 20%        | 3%          | 1783 |
| huishoudelijk inkopen        | 35%    | 31%         | 23%        | 11%         | 1765 |

\* de aantallen wisselen wegens ontbrekende waarneming

In het onderzoek van Kerssens (1991) komt de gedeeltelijke kraamzorg niet uitgebreid aan de orde. De reden hiervoor is dat deze vorm van thuiskraamzorg landelijk gezien relatief weinig voorkomt. In het landelijk onderzoek van Kerssens omvat deze vorm slechts een zeer klein percentage. Aangezien de gedeeltelijke dagkraamzorg in de toekomst mogelijk een grotere rol zal gaan spelen volgt onderstaand een beschrijving van de ervaringen die in Amsterdam zijn opgedaan met een speciale vorm van gedeeltelijke dagkraamzorg, namelijk de 5-uurs kraamzorg: 8 dagen lang 5 uur kraamzorg per dag.

#### *Dijkema (1989): Dáárom vijf-uurs-kraamzorg!*

Begin 1986 werd duidelijk dat binnen de thuiskraamzorg in Amsterdam sprake was van een uiterst zorgwekkende situatie. Met name door een toenemend tekort aan gediplomeerde kraamverzorgenden moest in toenemende mate kraamzorg worden geweigerd aan gezinnen die zich hiervoor aanmeldden. De verwachting was dat deze tendens zich zou voortzetten gedurende de rest van het jaar 1986. In overleg met verschillende instanties (o.a. Ziekenfondsraad, Ziekenfondsen, Nationale Kruisvereniging) is men van september 1986 tot en met september 1989 op experimentele basis begonnen met het leveren van een derde vorm van kraamzorg, namelijk de 5-uurs kraamzorg. De 5-uurs kraamzorg is primair gericht op de verzorging van moeder en kind, gecombineerd met een beperkt aantal huishoudelijke taken hieromheen (zoals de baby- en kraamwas, het op orde houden van de baby- en kraamkamer alsmede het verzorgen van de koffie en lunch). Werkzaamheden zoals het schoonhouden van overige vertrekken, strijken, afwassen en verzorging van overige gezinsleden behoren niet tot de 5-uurs kraamzorg.

De doelstellingen van het experiment 5-uurs kraamzorg waren de volgende:

- terugdringen van het aantal weigeringen;
- overbruggen naar situatie waarin personeelsbestand op peil is gebracht;
- inzicht bieden in de vraag naar (behoefte aan) 5-uurs kraamzorg, in het licht van een mogelijke toekomstige invoering van flexibele kraamzorg in Nederland.

Bij het begin van het experiment gaf de Ziekenfondsraad aan dat de toegestane tijdelijke oplossing (de 5-uurs kraamzorg) bedoeld was ter overbrugging van de huidige situatie (onderbezetting) naar de situatie waarin het personeelsbestand op peil werd gebracht door instroom van gediplomeerde kraamverzorgenden vanuit de nieuwe MDGO-VZ opleiding en door middel van tweede kans onderwijs. In de eerste periode (tot en met december 1986) werd de 5-uurs kraamzorg niet expliciet aangeboden als vrije keuze. Slechts een beperkte doelgroep van gezinnen op de reservelijst en ingeschreven cliënten voor wijkkraamzorg, die bij inschrijving te kennen hadden gegeven mogelijk meer kraamzorg te willen, konden de 5-uurs kraamzorg krijgen. In de eerste vier maanden werden 86 cliënten ingeschreven voor de 5-uurs kraamzorg waarvan 73 kraamgezinnen deze zorg werkelijk ontvingen. Voor deze cliënten was deze vorm van thuiskraamzorg geen eerste keus, het was de enige manier om van kraamzorg verzekerd te zijn. Per 1 januari 1987 werd de 5-uurs kraamzorg als vrije keus, dat wil zeggen als derde vorm van thuiskraamzorg aangeboden met een voorlopig maximum van 30 gezinnen per maand.

In 1987 waren de veranderingen nog niet spectaculair. De 5-uurs kraamzorg leek wel te beantwoorden aan een bepaalde vraag, maar er bleek onvoldoende personeel om aan deze vraag te voldoen. Door het beleidsmatig verkeerd inzetten van full-timers ontstonden veel wachtlijsten. Met name onder de voorwaarden dat een actief wervingsbeleid zou worden gevoerd en dat een goede registratie zou plaatsvinden (alleen kraamverzorgenden die 5 uur per dag werken dienden te worden ingezet voor de 5-uurs kraamzorg) werd op 25 november 1987 in de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad besloten dat het experiment kon worden voortgezet. In september 1988 werd door dezelfde commissie nogmaals toestemming gegeven voor verlenging van een jaar. Door de commissie werd de 5-uurs kraamzorg steeds beschouwd als een noodoplossing voor het geval dat volledige dagkraamzorg moet worden geweigerd. Zij was van mening dat de 5-uurs kraamzorg niet als een derde vorm van thuiskraamzorg diende te worden aangeboden (ondanks de beslissing die het kraamcentrum per 1 januari 1987 had genomen, zie vorige alinea). In september 1989 vond de laatste evaluatie van dit experiment plaats.

Het aantal verzorgingen en het marktaandeel konden geleidelijk worden vergroot, ondanks een gestaag toenemen van het aantal geboorten en aanmeldingen. Dit werd vooral toe geschreven aan de invoering van de 5-uurs kraamzorg, zonder welke het marktaandeel 5 à 7% lager zou hebben gelegen. Het kraamcentrum registreerde een toenemende vraag naar 5-uurs kraamzorg. Vanaf 1 januari 1988 is een volledig registratie bijgehouden van de vraag naar 5-uurs kraamzorg. De behoefte aan 5-uurs zorg is vanaf 1988 gestegen van 12% (711/5855) van de aanmeldingen over 1988 tot 17% (388/2837) van de aanmeldingen over het eerste halfjaar van 1989. De toenemende vraag heeft ertoe geleid om gedurende het project, naast de 5-uurs kraamverzorgenden, ook kraamverzorgenden met een full-time aanstelling in te zetten binnen de 5-uurs kraamzorg. Deze kraamverzorgenden verlenen 5-uurs zorg van 10.00 tot 15.00 uur. Tussen 8.00 en 10.00 uur brengen ze eerst bij een ander gezin een kraambezoek en dat herhalen ze in hetzelfde gezin van 15.00 tot 16.00 uur. Op deze manier verzorgen zij per dag twee kraamgezinnen in acht uur werktijd en is de wachttijd teruggebracht tot nul.

Om een beeld te krijgen van de ervaringen met de 5-uurs zorg is een enquête gehouden onder cliënten (september '86, zomer '87, september '89), kraamverzorgenden (eind '86, juli '89) en verloskundigen (september '89). Het kraamcentrum is op grond van het uitgevoerde experiment erg positief over het aanbieden van 5-uurs kraamzorg. Volgens het kraamcentrum komt deze vorm van thuiskraamzorg tegemoet aan de wensen van een toenemende categorie cliënten, welke behoefte heeft aan een vorm van kraamzorg tussen de volledige dagkraamzorg en wijkkraamzorg in, met voldoende ruimte voor privacy. De cliënten die deze vorm van thuiskraamzorg hebben ontvangen zijn allen erg tevreden, de zorg komt overeen met hun verwachtingen. Naast de verzorging van moeder en kind is er voldoende ruimte voor overige verzorgende, begeleidende en huishoudelijke werkzaamheden. Door de aanwezigheid van steeds dezelfde kraamverzorgende in het gezin zijn deze werkzaamheden in één hand. 5-uurs kraamzorg brengt met haar zorgpakket en vaste tijden duidelijkheid en rust in het kraamgezin en maakt het mogelijk dat kraamvrouw, kraamverzorgende en verloskundige samen tot goede afspraken kunnen komen. Op deze wijze vergroot het aanbieden van 5-uurs kraamzorg de mogelijkheid om zorg op maat te leveren *mits* het als derde vorm van thuiskraamzorg wordt aangeboden.

Tevens wordt een vaste kraamverzorgende ingezet. Dit ondervangt het probleem van de wisselingen zoals bij de wijkkraamzorg terwijl het plaatsing van stagiaires mogelijk maakt. Daarnaast maakt 5-uurs kraamzorg een verhoogde capaciteit mogelijk evenals een efficiënte planningsinzet. Dit kan door de 5-uurs kraamzorg te combineren met andere werkzaamheden (met name wijkkraam-

zorg), zodat er geen verlies aan werkbare uren is en meer verzorgingen kunnen worden gerealiseerd. Het biedt aan kraamverzorgenden de mogelijkheid om in deeltijd en op vaste tijden werkzaam te zijn. 5-uurs kraamzorg is door de werkinhoud en werktijden voor veel kraamverzorgenden een aantrekkelijke vorm van werk. De arbeidssatisfactie, motivatie en betrokkenheid zijn onder het personeel groot. Het verloop en het ziekteverzuim onder de 5-uurs-kraamverzorgenden lijkt dan ook lager te zijn dan bij de andere vormen van kraamzorg.

Aangezien bovenstaande ervaringen slechts één kraamcentrum betreffen betekent dit niet vanzelfsprekend dat de 5-uurs kraamzorg overal in Nederland in een behoefte voorziet. Echter, uit een experiment dat is uitgevoerd binnen de kruisvereniging 'Amstelland en Meerlanden e.o.' kwamen vergelijkbare ervaringen naar voren (Kruisvereniging Amstelland en Meerlanden e.o., 1990 en 1991). In hoeverre de 5-uurs kraamzorg en/of andere nieuwe vormen van thuis-kraamzorg in een landelijke behoefte voorzien zal derhalve nader onderzocht dienen te worden.

### **2.1.2. De behoefte vanuit het perspectief van de zorgverleners**

In contacten met verloskundigen werd door hen naar voren gebracht dat de kraamverzorgende een belangrijke functie vervult in assistentie bij de bevalling. Door verloskundigen wordt deze assistentie van groot belang geacht voor de thuisbevallingen. De kraamverzorgende blijft in het algemeen nog circa twee uur achter bij de kraamvrouw na de bevalling en observeert onder andere de stand van de baarmoeder. Dit is conform de beschrijving van de inhoud van kraamzorg van de Werkgroep Kraamzorg van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1990). Zodoende kan de verloskundige eerder naar huis.

Tevens is het belangrijk dat mogelijke problemen bij moeder en/of baby tijdig worden gesignaleerd. Informatie over de preventieve signaleringsfunctie van de kraamverzorgende is verkregen van Dr. D. van Alten (mondelinge mededelingen) en uit een recente brief van Treffers en Van Alten aan de Staatssecretaris over het voorstel tot splitsing van de thuiskraamzorg (Treffers en van Alten, 1992).

De gegevens zijn verkregen uit een nauwkeurige analyse van de zorg voor de 1.706 vrouwen die zich in de periode januari 1983 - december 1985 hebben laten inschrijven in de Verloskundige Groepspraktijk Zaanstreek Noord. De definitieve resultaten van de analyse zullen in de tweede helft van 1993 bekend zijn. Uit de tot dusver verrichte analyse is gebleken dat de rol van de kraamverzorgende bij het herkennen van afwijkingen cruciaal is. Indien na een thuisbevalling bij een licht verhoogd risico (bijvoorbeeld geboortegewicht

beneden 2500 gram) een keuze moet worden gemaakt voor opname of thuisblijven, geeft de stem van de kraamverzorgende vaak de doorslag.

Het gaat hier om een niet onaanzienlijke groep. Uit de analyse van een reeks van 30971 thuisbevallingen in 1989 uit de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) is gebleken dat daar bij 1,2% (n=369) van de thuisbevallingen een overdracht plaatsvindt direct na de geboorte: de indicaties zijn voornamelijk niet-optimale Apgarscores, niet-optimale ademhaling, dysmaturiteit en prematuriteit. Ook in de eerste 24 uur na de geboorte speelt de kraamverzorgende een belangrijke rol bij de signalering; in deze periode wordt nog eens 0,6% (n=171) van de kinderen overgedragen, voornamelijk door niet-optimale ademhaling en verdenking op infecties. Tenslotte heeft in de periode van de 2e tot 7e dag de kraamverzorgende een welhaast cruciale rol bij de signalering van problematiek (icterus, voedingsproblemen en verdenking op infecties). In deze periode wordt nog 1,3% (n=395) van de thuisgeboren kinderen overgedragen naar het ziekenhuis.

Resumerend: bij 3% van de thuisbevallingen worden de pasgeborenen in de eerste week opgenomen in het ziekenhuis; de kraamverzorgende speelt een belangrijke rol bij de signalering. Aangezien er geen betrouwbare predictieve tests voor afwijkingen zijn, is observatie de enige methode om deze afwijkingen tijdig te herkennen (Treffers en van Alten, 1992). Over de aard van de gesignaleerde afwijkingen zijn thans nog geen gegevens beschikbaar; deze zullen naar verwachting in de tweede helft van 1993 beschikbaar zijn. Er zijn dus aanwijzingen dat de professionele thuiskraamzorg een belangrijke preventieve functie heeft door afwijkingen tijdig te signaleren. Het is de vraag of en in hoeverre deze functie zal worden beperkt als de kraamverzorgende slechts korte tijd binnen het kraamgezin aanwezig is.

### **2.1.3. Indicatiestelling**

Om op verantwoorde wijze te kunnen bepalen aan welke soort en hoeveelheid kraamzorg behoefte is, zijn reeds de eerste stappen gezet op het gebied van indicatiestelling. De Werkgroep Kraamzorg van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft in samenwerking met het kraamcentrum Zuid-Kennemerland hiertoe een instrument ontwikkeld (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1992b). Omstreeks de zevende maand brengt de kraamzorgverpleegkundige een bezoek waarbij onder meer de indicatiestelling wordt gedaan. De Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland houdt zich momenteel bezig met het uittesten van een uitbreiding van dit instrument, waarmee als aanvulling de indicatie op drie verschillende momenten wordt bepaald: net na de bevalling, op de vierde dag en op de achtste dag. In dit instrument staat dus met name de herindicatie centraal. De essentie van deze indicatiestelling is, dat een deskundige op objectieve wijze de gewenste hoeveelheid en soort zorg indiceert. In deze indicatie speelt de wens van de cliënt wel mee, maar uiteindelijk wordt door

objectieve gegevens de indicatie voor kraamzorg vastgesteld. De eerste resultaten in Zuid-Holland zijn positief. Het instrument biedt de kraamverzorgenden een goed handvat voor evaluatie en heeft binnen verschillende kraamgezinnen geleid tot een aanpassing (vermindering) van zorg in vergelijking tot de vooraf geïndiceerde kraamzorg.

## **2.2. De mate waarin een aanvullende verzekering zal worden afgesloten**

Om een beeld te krijgen van de mogelijke consequenties van het voorstel van de Staatssecretaris is het van belang om te weten hoeveel en welke mensen een aanvullende verzekering zullen afsluiten. Specifiek gericht op de thuiskraamzorg is er geen onderzoek bekend waaruit blijkt hoeveel mensen zich aanvullend zullen gaan verzekeren indien alleen voor het onderdeel dat 'kraamverpleging' wordt genoemd, aanspraak kan worden gemaakt op de AWBZ. Echter, resultaten uit ander onderzoek geven wel een beeld van de bereidheid van mensen tot het zich aanvullend willen verzekeren (zie Nuijens, 1989 en Kool van Langenberghe, 1992). Als voorbeeld wordt het onderzoek van Kool en van Langenberghe (1992) genoemd. In de periode waarin dit onderzoek werd uitgevoerd was voorgesteld om medicijnen, extramurale fysiotherapie en tandheelkunde in de aanvullende verzekering onder te brengen. Het onderzoek is uitgevoerd bij patiënten die bij een fysiotherapeut onder behandeling stonden. Zonder prijsopgave van de premie zei 70% van de patiënten zich aanvullend te zullen verzekeren voor het aanvullende pakket. Bij het noemen van een realistische premie (f400,- per jaar) daalde dit percentage tot bijna de helft, namelijk 36%. Vervolgens is nagegaan welke mensen zich juist wel of juist niet zouden verzekeren. Bij het noemen van een realistische premie zeiden vooral mensen met een laag inkomen zich niet aanvullend te zullen verzekeren. In paragraaf 5.6 zal nader worden ingegaan op de betekenis van deze gegevens in dit kader.

## **2.3. Ongewenste substitutie**

In samenwerking met het kraamcentrum Amsterdam heeft het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken onderzocht of er samenhang bestaat tussen het tekort aan kraamzorg enerzijds en de overmaat aan ziekenhuisopnamen anderzijds. De conclusie uit dit onderzoek luidt dat het niet beschikbaar zijn van thuiskraamzorg gepaard gaat met een hoger percentage opnames in het ziekenhuis voor het kraambed (dit verschil is significant,  $p < 0.01$ ). Deze samen-

hang kon niet worden aangetoond voor opnames in verband met zwangerschap en bevalling (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2. Verschillen bij het wel of niet aanwezig zijn van thuiskraamzorg

|                            | kraamzorg afwezig<br>(N = 137) | kraamzorg aanwezig<br>(N = 145) |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Prenatale opnames          | 18%                            | 17%                             |
| Klinische bevallingen:     |                                |                                 |
| - medisch geïndiceerd      | 40%                            | 43%                             |
| - niet medisch geïndiceerd | ?                              | ?                               |
| Klinische kraambedden:     | 23%                            | 10%                             |
| - medisch geïndiceerd      | 16%                            | 10%                             |
| - niet medisch geïndiceerd | 7%                             | 0%                              |

Bron: Wierda, 1989

Eveneens wordt in deze paragraaf een deel van een gesprek weergegeven dat is gehouden met Dr. D. van Alten. Hierin is gesproken over de mogelijkheid dat een verschuiving optreedt van kraambed thuis naar poliklinisch kraambed. De weergave hiervan is het volgende:

"Het gaat om twee groepen. Ten eerste betreft het die vrouwen die in het ziekenhuis een klinische bevalling (onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog) hebben gehad. Thans gaat een deel van deze vrouwen met een kind na de bevalling naar huis en wordt de kraamzorg thuis verleend. Dit is mogelijk geworden doordat sinds 1982 de indicatie voor klinische bevalling is losgekoppeld van de indicatie voor een klinisch kraambed (Ziekenfondsraad, 1982). Deze loskoppeling heeft geleid tot een toename van kraamzorg thuis bij vrouwen die klinisch zijn bevallen. Gevreesd wordt dat dit effect te niet zal worden gedaan door een reductie van de thuiskraamzorg. Immers de kraamverzorgende heeft in de ogen van kinderartsen en gynaecologen een belangrijke functie in het signaleren van afwijkingen bij het kind. Dankzij deze signalering door bevoegde kraamverzorgenden hebben de kinderartsen en gynaecologen vertrouwen in de thuiskraamzorg (Treffers en van Alten, 1992). De groep vrouwen met pasgeborenen waar het hier om gaat zijn die vrouwen die thuis wilden bevallen maar tijdens de zwangerschap of de bevalling een indicatie kregen voor een klinische bevalling. Bij deze groep kan, bij voldoende vertrouwen van de kinderarts en gynaecologen in de thuiskraamzorg, de kraamperiode vaak thuis worden doorgebracht. Deze groep omvat circa 20% van alle vrouwen die aanvankelijk thuis wilden bevallen (Minnesma-Krijt, Eskes en van Alten, 1989).

Ten tweede gaat het om die gevallen waarin na een thuisbevalling er sprake is van een licht verhoogd risico voor de pasgeborene, bijvoorbeeld bij een geboortegewicht van omstreeks 2500 gram. De ouders willen in zulke gevallen vaak graag het kind thuis hebben, en bij de beslissing over opname of thuisblijven geeft de stem van de kraamverzorgende vaak de doorslag."

In aanvulling op het bovenstaande wordt een aantal gegevens van de Geneeskundige Hoofdinspectie gepresenteerd. Allereerst blijkt uit deze gegevens dat het percentage ziekenhuisgeborenen met aansluitend thuiskraamzorg de afgelopen jaren sterk is toegenomen. In 1975 bedroeg dit percentage 9% van het totaal aantal geborenen. Het percentage ziekenhuisgeborenen zonder thuiskraamzorg bedroeg in dit jaar 40% van het totaal aantal geborenen. In 1980 bedroegen de percentages respectievelijk 23% en 42%. In 1990 zijn deze percentages omgekeerd: het percentage ziekenhuisgeborenen met thuiskraamzorg bedraagt 45% en het percentage ziekenhuisgeborenen zonder thuiskraamzorg bedraagt 22% van het totaal aantal geborenen (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1975-1990).

Deze percentages omvatten zowel de ziekenhuisgeborenen met als zonder medische indicatie. Aangezien in het kader van een mogelijke ongewenste substitutie met name de ziekenhuisbevallingen op medische indicatie interessant zijn worden deze in onderstaande tabel nader beschreven.

Tabel 2.3. Ziekenhuisbevallingen op medische indicatie, waarna de kraamzorg thuis werd verleend

| Jaar | Aantal | Percentage van het totaal aantal ziekenhuisbevallingen dat thuiskraamzorg ontving | Percentage van het totaal aantal bevallingen dat thuiskraamzorg ontving | Percentage van het totaal aantal levendgeborenen in Nederland |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1975 | 4719   | 31                                                                                | 6                                                                       | 3                                                             |
| 1980 | 17818  | 43                                                                                | 18                                                                      | 10                                                            |
| 1981 | 29455  | 56                                                                                | 27                                                                      | 16                                                            |
| 1982 | 35573  | 62                                                                                | 31                                                                      | 21                                                            |
| 1983 | 39339  | 64                                                                                | 34                                                                      | 23                                                            |
| 1984 | 43122  | 67                                                                                | 35                                                                      | 25                                                            |
| 1985 | 47466  | 71                                                                                | 37                                                                      | 27                                                            |
| 1986 | 50295  | 71                                                                                | 38                                                                      | 27                                                            |
| 1987 | 53300  | 70                                                                                | 40                                                                      | 29                                                            |
| 1988 | 54849  | 72                                                                                | 40                                                                      | 29                                                            |
| 1989 | 58081  | 72                                                                                | 41                                                                      | 31                                                            |
| 1990 | 58424  | 69                                                                                | 42                                                                      | 30                                                            |

Bron: GHI Kraamzorg (1975-1990)

Uit deze tabel komt duidelijk naar voren dat de thuiskraamzorg na klinische bevallingen (dat wil zeggen: op medische indicatie) is toegenomen. Procentueel gezien vond een stijging plaats tot 1985 als de thuiskraamzorg verleend na een bevalling op medische indicatie wordt gerelateerd aan het totaal aantal ziekenhuisbevallingen (waaronder ook poli-klinische bevallingen) dat thuiskraamzorg ontving. In aantallen is een toename te zien tot en met 1990. Indien de thuiskraamzorg zou worden beperkt is het mogelijk dat deze trend wordt gestopt of zelfs omgekeerd.

Om een beeld te kunnen krijgen van de mogelijke financiële consequenties wordt ter afsluiting van deze paragraaf een beeld gegeven van de kosten die zijn verbonden aan kraamzorg. Deze gegevens zijn verkregen bij een ziektekostenverzekeraar.

Door de zorgverzekeraars worden voor de thuiskraamzorg kosten vergoed voor een bedrag dat ligt tussen f250,- per dag en omstreeks f320,- per dag (enkele verzekeraars vergoeden de totale thuiskraamzorg).

De kosten voor een klinisch kraambed zijn samengesteld uit de ligprijs voor de kraamvrouw (f600,- à f1.000,-) en voor de zuigeling (f300,- bij een gezonde zuigeling en f600,- à f1.000,- bij een zieke zuigeling). De netto extra kosten van een klinisch kraambed ten opzichte van thuiskraamzorg voor de verzekeraar zijn dan f750,- à f1.250,- per dag. Bij substitutie van thuiskraamzorg door een klinisch kraambed zal de duur waarop thuiskraamzorg verleend had kunnen worden variëren tussen 2 en 6 à 7 dagen (en in sommige gevallen 8 dagen). De te verwachten extra kosten vanwege deze substitutie voor de verzekeraar zullen dan ook variëren tussen f1.500,- à f2.500,- en f6.000,- à f10.000,-. Gezien de hoogte van deze bedragen is het niet onmogelijk dat bij een relatief geringe verschuiving van thuiskraamzorg naar klinisch kraambed, de bijbehorende kosten voor de verzekeraar niet onbelangrijk zijn. Dit zou een substantieel effect op de uitgaven voor thuiskraamzorg betekenen.

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens zouden reeds enkele consequenties van een splitsing binnen de thuiskraamzorg kunnen worden verwacht. Eerst worden echter nog meer gegevens verzameld die relevant kunnen zijn in het kader van een mogelijke opsplitsing van de thuiskraamzorg. In het volgende hoofdstuk worden de hiervoor gehanteerde methodes beschreven.



### **3. GEGEVENSVERZAMELING TIJDENS HET VOOR- ONDERZOEK**

Naast de gegevens uit het vorige hoofdstuk is tijdens dit vooronderzoek gepoogd om meer informatie te verkrijgen over de mogelijke consequenties van een splitsing binnen de thuiskraamzorg. De onderzoeksvraagstellingen die voor deze gegevensverzameling het uitgangspunt hebben gevormd alsmede de gevolgde opzet worden in dit hoofdstuk beschreven.

#### **3.1. Onderzoeksvraagstellingen**

Naar aanleiding van de beleidsvragen die in paragraaf 1.2. zijn geformuleerd en de gegevens die reeds bekend zijn (zie hoofdstuk 2) is een keuze gemaakt in de onderwerpen die worden onderzocht. Deze keuze is met name bepaald door de verwachte importantie met betrekking tot de mogelijke splitsing binnen de thuiskraamzorg en door de beperkte tijd (tussen 15 februari en 31 mei) waarin dit vooronderzoek diende te worden uitgevoerd. Dit heeft geresulteerd in de volgende onderzoeksvraagstellingen:

Op het gebied van beleidsvragen 1 en 2a:

1. Wat is de tijdsbesteding voor cliëntgebonden activiteiten in de volledige dagkraamzorg (64 uur), onderverdeeld in categorieën van observatie en verzorging van moeder en baby, GVO/instructie en huishoudelijke activiteiten?

Om pragmatische redenen (beperkte tijd) kon alleen de volledige dagkraamzorg worden geobserveerd. Op deze wijze wordt het meest complete beeld gegeven van het werk van de kraamverzorgende.

2. Wat zijn de determinanten van deze tijdsbesteding?
3. In hoeverre kunnen de activiteiten worden verschoven in de tijd (uitgesteld dan wel eerder gedaan)?

Op het gebied van beleidsvraag 2h:

4. In hoeverre is ongewenste substitutie te verwachten na een splitsing van de thuiskraamzorg, op grond van de opinies van verloskundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen?

In de volgende paragraaf is de wijze waarop deze gegevensverzameling is uitgevoerd, beschreven.

## **3.2. Onderzoeksopzet met betrekking tot de werkzaamheden van kraamverzorgenden**

Om de eerste drie onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de in de praktijk verrichte werkzaamheden van kraamverzorgenden in beeld gebracht. Hierbij is gebruik gemaakt van drie methodes:

- observatie: tijdens de werkzaamheden van kraamverzorgenden zijn observaties verricht bij kraamgezinnen;
- registratie: kraamverzorgenden hebben de tijdstippen geregistreerd waarop een aantal specifieke werkzaamheden zijn uitgevoerd;
- enquête: een vragenlijst is verstuurd aan kraamcentra.

### **3.2.1. Observatie van de werkzaamheden van kraamverzorgenden**

Om in beeld te kunnen brengen welke werkzaamheden in de praktijk door kraamverzorgenden worden verricht, is gekozen is voor observatie van de feitelijk verrichte werkzaamheden in de thuiskraamzorg. Hierbij zijn in vier gezinnen gedurende één dag observaties verricht. Er is gekozen voor observatie omdat verwacht werd dat hiermee gedetailleerde en betrouwbare informatie kon worden verkregen over wat de zorgverlening en de verschillende componenten van deze zorgverlening (observatie, verzorging, GVO/instructie, etc.) in de praktijk inhouden. Bovendien kan bij observatie direct aanvullende informatie over het hoe en waarom worden verkregen bij de kraamverzorgende en de cliënten.

Bij het ontwikkelen van de observatielijst is het zorgplan als uitgangspunt genomen, dat is ontwikkeld door de projectgroep 'Zelfstandig functioneren' in kraamcentrum Haringvliet te Hellevoetsluis en bijgesteld door de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland (Projectgroep 'Zelfstandig functioneren', 1990). Dit zorgplan wordt in originele of afgeleide vorm door verschillende kraamcentra in Nederland gehanteerd. Omdat in dit zorgplan geen huishoudelijke werkzaamheden zijn opgenomen is hiervoor gebruik gemaakt van het rapport van Bastiaenen en Dresmé (1989) en Kerssens (1991). Dit heeft geleid tot een lijst waarin vijf categorieën aan de orde komen: observatie van moeder en kind, verzorging van moeder en kind, GVO en instructie, afwerking en huishoudelijk werk (zie bijlage II). Assistentie tijdens de bevalling is niet opgenomen in deze observatielijst omdat in het voorstel van de Staatssecretaris dit onderdeel van de werkzaamheden niet ter discussie staat. De observaties zijn bedoeld om aan te geven waaruit de overige werkzaamheden van kraamverzorgenden bestaan.

De observaties zijn verricht door één van de onderzoekers (P.G.M. Jansen).

Tijdens de observaties bleek de lijst goed te gebruiken om aan te geven welke activiteiten de kraamverzorgende op welke momenten van de dag verricht. Tevens kon op de lijst worden aangegeven hoeveel tijd de kraamverzorgende aan de verschillende werkzaamheden besteedde. Tijdens de observaties zijn enkele activiteiten aan de lijst toegevoegd die op de lijst ontbraken maar wel van belang worden geacht om het werk van de kraamverzorgende in beeld te kunnen brengen. Deze toevoegingen zijn: het verschonen van de baby, het klaarzetten van alle benodigdheden voor het baden van de baby en de voedingstijden. Tijdens de observaties is ook steeds gevraagd waarom de zorgactiviteiten op dat moment werden verricht, en of deze hadden kunnen worden verschoven in de tijd naar een ander moment van de dag.

De observaties zijn verricht binnen het werkgebied van de Stichting Kruiswerk Noord Salland. Voor een zo breed mogelijke spreiding zijn vier verschillende gezinnen, vier verschillende ervaren kraamverzorgenden en drie verschillende dagen van de kraamperiode (2x de tweede, 1x de vierde en 1x de zevende dag) geselecteerd. Na toestemming van de kraamverzorgende en het kraamgezin heeft de onderzoeker de observaties verricht. Hieronder worden de gezinnen per dag van de kraamperiode beschreven. De 4 gezinnen worden aangegeven met de letters: a,b,c,d, evenals in de lijsten (bijlage II).

a. Tweede dag van de kraamperiode:

In dit gezin is (drie weken te vroeg) een meisje geboren. Dit was een thuisbevalling. Het is het eerste kind. De kraamheer is thuis, maar is nog druk bezig met het versturen van de geboortekaartjes en hij doet de huishoudelijke inkopen. De kraamvrouw is niet uit bed geweest en de rusttijden waren van  $\pm$  11.00 - 12.00 en van  $\pm$  13.15 - 14.45. De observatie gebeurde op een maandag.

b. Tweede dag van de kraamperiode:

In dit gezin is een meisje geboren. Dit was een thuisbevalling. Het is het tweede kind na een jongetje van 1 jaar en 3 maanden. De kraamheer is werkzaam op een eigen bedrijf en komt tussen de middag thuis voor de warme maaltijd. De kraamvrouw was veel uit bed maar niet tijdens de rusttijden (van  $\pm$  11.00 - 11.30, van  $\pm$  13.15 - 15.15 en vanaf  $\pm$  16.00) De observatie gebeurde op een maandag.

c. Vierde dag van de kraamperiode:

In dit gezin is een jongetje geboren. Dit was een thuisbevalling. Het is het derde kind na twee meisjes van 2 en 4 jaar. De kraamheer is overdag naar zijn werk en komt tegen 16.30 weer thuis. De kraamvrouw had haar rusttijden van  $\pm$  11.00 - 12.00 en van  $\pm$  13.30 - 15.15. De observatie gebeurde op een dinsdag.

d. Zevende dag van de kraamperiode:

In dit gezin is een jongetje geboren. Dit was een thuisbevalling. Het is het tweede kind na een jongetje van 2,5 jaar. De kraamheer werkt als agrariër, maar is 's ochtends veel op zijn bedrijf. Hij komt tijdens de koffie en het middageten in huis. Hij doet de huishoudelijke inkopen. De kraamvrouw had haar rusttijd van  $\pm 13.15 - 15.15$ . De observatie gebeurde op een vrijdag.

### **3.2.2. Registratie door kraamverzorgenden**

Naar aanleiding van de observaties van het werk van kraamverzorgenden ontstond de indruk dat het werk van kraamverzorgenden een vast patroon vertoont dat wordt bepaald door een aantal terugkerende activiteiten. Om te kunnen bepalen in hoeverre dit patroon een landelijk karakter heeft, is een aantal kraamcentra gevraagd om kraamverzorgenden het tijdstip te laten registreren waarop ze bepaalde activiteiten uitvoeren. Er is een keus gemaakt van activiteiten die waarschijnlijk betrouwbaar kunnen worden vastgelegd bij zelfregistratie en voorkomen in het vaste patroon. Deze activiteiten zijn: observatie van de baarmoederstand, meten van temperatuur en polsslag bij de kraamvrouw, temperaturen en wegen van de baby, observatie van de navelstomp, voedingstijden, rusttijden, maaltijden en tijden waarop de kraamvisite komt.

Hiervoor zijn op aselechte wijze 15 kraamcentra gekozen uit het landelijke adressenbestand dat het NIVEL heeft van de kraamcentra. Vervolgens heeft elk kraamcentrum vijf ervaren kraamverzorgenden uitgekozen om de registratie te verrichten. Voor het aselekt kiezen van deze kraamverzorgenden werd het kraamcentrum verzocht de volgende methode te hanteren waarbij gebruik wordt gemaakt van de achternamen van de kraamverzorgenden: begin met de letter 'a' uit het bestand met kraamverzorgenden en neem dan, uitgaande van alfabetische volgorde, de eerste kraamverzorgende die u tegenkomt, voor de tweede kraamverzorgende begint u bij de letter 'f', voor de derde bij de letter 'k', voor de vierde bij de letter 'p' en voor de vijfde kraamverzorgende bij de letter 'u'. Om in korte tijd deze gegevens in het bezit te kunnen krijgen, werden de kraamverzorgenden gevraagd om de registratie op 9 april uit te voeren. Van 66 kraamverzorgenden is de registratie terug ontvangen (respons = 88%).

### **3.2.3. Vragenlijst aan kraamcentra**

Om een beeld te krijgen van de ervaringen die in de praktijk mogelijk reeds zijn opgedaan met een splitsing van de thuiskraamzorg is een vragenlijst gestuurd naar alle kraamcentra in Nederland. Deze vragenlijst was geadresseerd aan het hoofd van het kraamcentrum. In deze vragenlijst staan twee onderwerpen centraal:

- het noodgedwongen aanbieden van een gereduceerde hoeveelheid thuis-kraamzorg en
- het gescheiden aanbieden van de zogenoemde 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'.

Op deze wijze wordt een indruk verkregen van de mogelijke consequenties als niet bewust wordt gekozen voor een beperkte vorm van thuiskraamzorg en als meerdere zorgverleners in één gezin kraamzorg leveren.

Voor het verzenden van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een lijst met 76 kraamcentra. Van 46 kraamcentra is een vragenlijst terug ontvangen. Hoe groot de respons in procenten is, is echter moeilijk te bepalen. Immers, gezien de vele reorganisaties die hebben plaats gevonden worden in sommige situaties meerdere kraamcentra vertegenwoordigd door één organisatie. In dergelijke situaties is maar één vragenlijst terug gestuurd. De respons is dus tenminste 61% (46/76).

### **3.3. Onderzoeksoptzet met betrekking tot ongewenste substitutie**

Om te kunnen bepalen in hoeverre ongewenste substitutie (onderzoeksvraag 4) is te verwachten is een kleine enquête gehouden:

- een vragenlijst is verstuurd aan verloskundigen en
- een vragenlijst is verstuurd aan het hoofd van de afdeling kraamzorg in een aantal ziekenhuizen.

#### **3.3.1. Vragenlijst aan de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen**

Aangezien de thuiskraamzorg in het verlengde ligt van de zorg die wordt verleend op de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen is ook een aantal van deze afdelingen betrokken in het vooronderzoek. In het werkgebied van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland bevinden zich 30 ziekenhuizen met een afdeling kraamzorg. De hoofdverpleegkundigen van deze afdelingen hebben een vragenlijst toegestuurd gekregen waarin hun mening wordt gevraagd over een aantal uitspraken betreffende ongewenste substitutie. De vragen (met gesloten antwoordcategorieën) staan in paragraaf 4.2.1. Van 25 kraamafdelingen is een vragenlijst terug ontvangen (respons = 83%).

#### **3.3.2. Vragenlijst aan verloskundigen**

Om een beeld te krijgen van een mogelijke verschuiving van kraamzorg is allereerst een vragenlijst opgesteld voor verloskundigen. In de eerste plaats wordt in deze lijst gevraagd of de verloskundige een verschil ervaart tussen de

hoeveelheid en soort zorg die ze verleent aan kraamvrouwen die alleen wijkkraamzorg (24 uur) krijgen en aan kraamvrouwen met volledige dagkraamzorg (64 uur). Vervolgens is de verloskundigen een mening gevraagd over uitspraken die betrekking hebben op een verminderd aanbod van thuiskraamzorg (zie paragraaf 4.2.3.). Ook werden nog drie open vragen gesteld, namelijk: Hoe komt u aan de gegevens van moeder en kind als er geen kraamzorg is? Wat zijn volgens u de voordelige gevolgen in die gevallen waarin alleen wijkkraamzorg wordt gegeven? Wat zijn volgens u de nadelige gevolgen wanneer alleen wijkkraamzorg wordt gegeven?

Op aselecte wijze zijn uit de Almanak 1990-1991 van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen 60 verloskundigen getrokken die de vragenlijst toegestuurd hebben gekregen. Het gebruikte adressenbestand bleek nogal verouderd te zijn: van deze 60 verloskundigen waren er 14 niet meer praktiserend. Daarmee komt het aantal verloskundigen in de steekproef op 46. Van 37 verloskundigen is een ingevulde vragenlijst terug ontvangen. De respons komt hiermee op 80% (37/46).

## **4. RESULTATEN VAN DE GEGEVENSVERZAMELING**

De resultaten die zijn voortgekomen uit het verrichte onderzoek worden beschreven in twee paragrafen: werkzaamheden van kraamverzorgenden en ongewenste substitutie.

### **4.1. Resultaten: werkzaamheden van kraamverzorgenden**

#### **4.1.1. De geobserveerde cliëntgebonden activiteiten**

De vier ingevulde observatielijsten (bijlage II) leveren een beeld op van de werkzaamheden die de kraamverzorgende verricht binnen de meest uitgebreide vorm van kraamzorg. De assistentie tijdens de bevalling is hierin buiten beschouwing gelaten, omdat dit onderdeel niet ter discussie staat in het voorstel van de Staatssecretaris. Veel van de activiteiten op de observatielijst blijken in de praktijk daadwerkelijk te worden verricht. Alle vier de lijsten geven ongeveer hetzelfde patroon aan. Observatie en verzorging van moeder en baby vinden 's ochtends het meest intensief plaats en worden herhaald in de loop van de dag. GVO/instructie wordt op verschillende momenten van de dag gegeven. Vervolgens blijkt dat de werkzaamheden binnen de categorie 'huishoudelijk' een groot onderdeel vormen van de dagtaak van de kraamverzorgende. Gedurende de hele dag worden vrijwel continu de volgende werkzaamheden verricht: verzorging van het wasgoed en huishoudelijke werkzaamheden (afstoffen, stofzuigen en afwassen). Als in het gezin ook nog andere kinderen zijn, besteedt de kraamverzorgende hieraan doorlopend aandacht. Op het moment dat er visite komt (van  $\pm 10.15$  t/m  $11.00$  en van  $\pm 15.15$  t/m  $16.15$ ) zorgt de kraamverzorgende voor koffie en thee. Tot slot zorgt ze ervoor dat de warme maaltijd is bereid.

#### **4.1.2. De determinanten van de fasering van deze activiteiten**

De activiteiten op het gebied van observatie, verzorging en GVO/instructie komen verspreid over de hele dag voor met een piek in de ochtend rond  $9.30 - 10.00$  uur, het moment waarop de baby wordt gewassen, getemperatuurd en gewogen. Dit blijkt voor de kraamverzorgende een geschikt moment te zijn om de algehele conditie van de baby te observeren en GVO/instructie te geven over de baby. Deze mogelijkheid doet zich eveneens voor als de baby door de kraamverzorgende wordt verschoond. Eveneens blijkt uit de observatielijst dat de voedingstijden (elke 3 uur: om  $\pm 10.00$ ,  $13.00$  en  $16.00$ ) door de kraam-

verzorgende worden gebruikt om het voedingsgedrag van de baby te observeren en GVO/instructie te geven over borst- of flesvoeding.

Tot slot blijkt dat voor het opnemen van de temperatuur en het meten van de pols min of meer een vast patroon wordt gehanteerd. Bij de kraamvrouw vindt dit plaats nadat ze heeft gerust (om  $\pm 8.00$  en  $\pm 15.00$ ). Bij de baby vindt het opnemen van de temperatuur plaats voor het baden ( $\pm 9.30$ ) en voor de voeding van  $\pm 16.00$ .

Om de lijsten juist te kunnen beoordelen dient ook rekening te worden gehouden met de rusttijden van de kraamvrouw die in hoofdstuk 3 zijn genoemd. Op deze momenten worden blijkens de lijsten geen of nauwelijks activiteiten verricht op het gebied van observatie, verzorging en GVO/instructie.

Samengevat: op grond van de observaties wordt geconcludeerd dat de activiteiten die de kraamverzorgende verricht sterk worden gedictieerd door de opeenvolging van voedingstijden, rusttijden, wasbeurt van de baby, het verschonen van de baby, tijden waarop de maaltijden plaatsvinden en de tijden waarop de kraamvisite komt.

#### **4.1.3. De variabiliteit binnen de geobserveerde activiteiten**

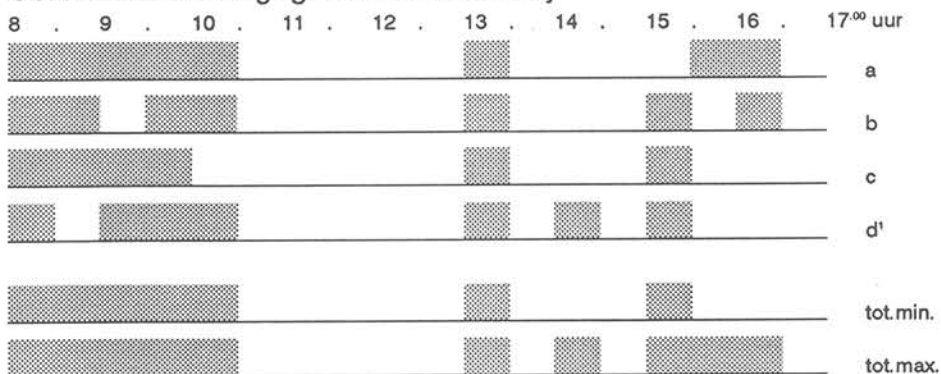
De gegevens uit deze observatielijsten kunnen vereenvoudigd worden weergegeven door aggregatie van gegevens:

- als tijdseenheid wordt een periode van een half uur genomen;
- de activiteiten in de observatielijst worden ingedeeld in 3 categorieën: observatie en verzorging van de kraamvrouw en baby, GVO/instructie en huishoudelijke activiteiten (inclusief 'alles op hygiënische wijze opruimen');
- voor ieder half uur geldt dat binnen ieder van deze 'activiteitsgroepen' of wel of niet activiteit heeft plaatsgevonden;
- indien binnen één van deze groepen van activiteiten tenminste één activiteit is geweest in het betreffende halve uur, dan wordt dit weergegeven als 'wel-activiteit'.

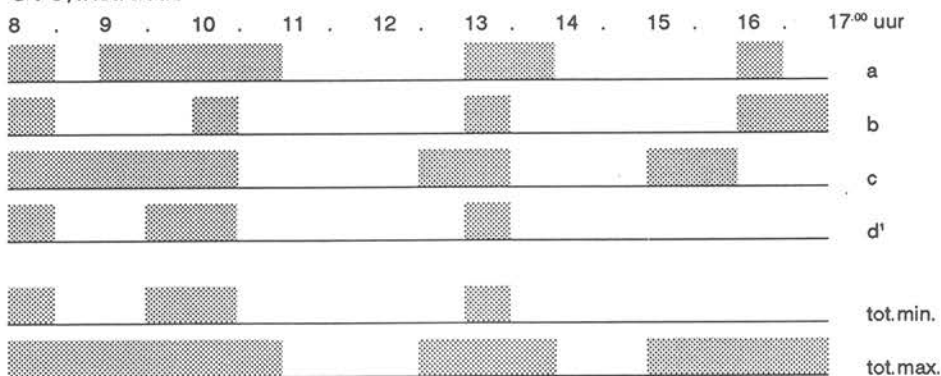
De motivering voor deze manier van gegevensreductie is dat het erom gaat in beeld te brengen welke soort zorg wordt uitgevoerd in de verschillende perioden binnen een dag. De achterliggende vragen zijn onder andere of de observatie en verzorging van moeder en baby in de huidige zorgverlening gespreid zijn over de gehele dag, en of zij geconcentreerd kunnen worden zodat een kraamverzorgende tenminste binnen enkele uren deze taken kan verrichten. Eenzelfde vraag geldt voor de huishoudelijke activiteiten. GVO en instructie vormen een tussengebied tussen observatie en verzorging van moeder en baby en huishoudelijke activiteiten. Het vóórkomen van de 3 groepen activiteiten in de gezinnen a,b,c, en d wordt weergegeven in figuur 4.1.

Figuur 4.1. Het vóórkomen van de verschillende soorten activiteiten in de vier geobserveerde gezinnen.

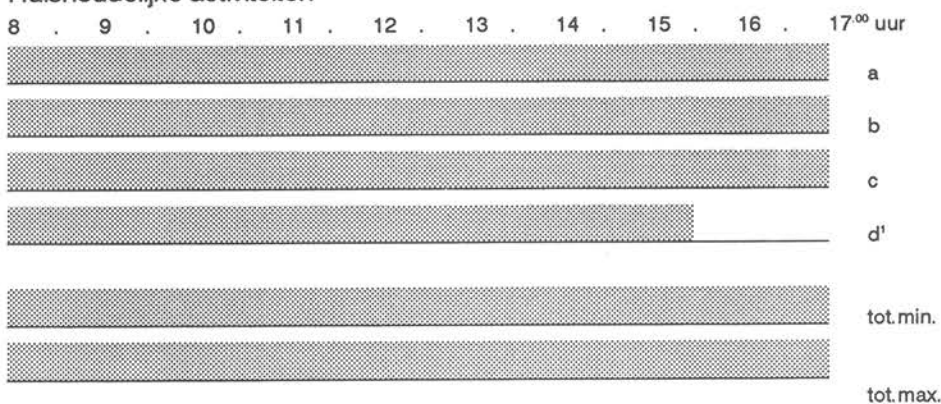
#### Observatie en verzorging van moeder en baby



#### GVO/Instructie



#### Huishoudelijke activiteiten



Legenda: a, b, c en d geven de betreffende gezinnen aan.

'in verband met naderend einde van de kraamperiode werkte de kraamverzorgende tot 15.30 uur.

In figuur 4.1 is voor ieder van de 3 activiteitsgroepen aangegeven in welke half-uursperiode binnen een dag zij voorkomen. Teneinde een indruk te krijgen van de spreiding, (variabiliteit) van deze activiteiten is voor ieder van deze activiteitsgroepen aangegeven wanneer zij in totaal 'minimaal' voorkwamen, d.w.z. wanneer in de betreffende half-uursperiode zij in tenminste 3 van de 4 gezinnen voorkwamen. Daarnaast is aangegeven wanneer zij in totaal 'maximaal' voorkwamen, d.w.z. in tenminste één van de 4 gezinnen gedurende de betreffende half-uursperiode. Door de 'minimum'- en de 'maximum'-verdelingen te vergelijken wordt een indruk verkregen van de constantheid en de variabiliteit van de betreffende activiteiten over deze 4 gezinnen.

In figuur 4.1 is de indruk, dat de observatie en verzorging van moeder en baby een vast patroon hebben, geobjectiveerd. Er is een concentratie van deze activiteiten tussen 8.00 en 10.30, tussen 13.00 en 13.30, met een derde piek tussen 15.00 en 15.30. Het is opmerkelijk dat in de gezinnen c en d (4e en 7e dag) dit patroon niet anders is dan in de gezinnen a en b (2e dag); met name is er niet sprake van een vermindering van observatie en verzorging van moeder en baby in een latere fase van de kraamperiode. Dit vaste patroon wordt geheel verklaard door de in de vorige paragraaf vermelde determinanten (voedingstijden, rusttijden, wasbeurt, etc.).

Om te kunnen bepalen in hoeverre dit patroon een landelijk karakter heeft, is aan 15 verschillende kraamcentra gevraagd om vijf kraamverzorgenden het tijdstip te laten registreren waarop ze bepaalde activiteiten uitvoeren. De registraties die op 9 april zijn verricht door 66 kraamverzorgenden vonden plaats op verschillende dagen van de kraamperiode: eerste dag (1x), tweede dag (2x), derde dag (9x), vierde dag (7x), vijfde dag (10x), zesde dag (9x), zevende dag (8x), achtste dag (4), negende dag (2x), tiende dag (2x); in 12 gevallen is dit gegeven niet ingevuld. De resultaten van deze registraties staan in Tabel 4.1.

Uit deze registraties blijkt dat het patroon van werkzaamheden dat tijdens de observaties is verkregen wordt terug gevonden. Veel van de werkzaamheden gebeuren zowel 's ochtends als 's middags. Ten aanzien van het wegen lijkt er minder overeenstemming te bestaan, maar dit komt met name door de voeding die de baby krijgt (bij flesvoeding wordt minder gewogen omdat op de fles precies kan worden afgelezen hoeveel de baby heeft gedronken) en de regelmaat waarmee wordt gewogen (de registratie betrof één bepaalde dag uit de kraamperiode terwijl niet elke dag wordt gewogen).

Tabel 4.1. Tijdsregistratie door kraamverzorgenden (N=66)

|                                            |             |                          |      |
|--------------------------------------------|-------------|--------------------------|------|
| observatie van de baarmoederstand:         | 's ochtends | tussen 8.00 en 9.00:     | 90%  |
|                                            | 's middags  | tussen 14.30 en 15.15:   | 62%  |
|                                            |             | niet 's middags:         | 35%  |
| temperatuur en polsslag van de kraamvrouw: | 's ochtends | tussen 8.00 en 9.00:     | 96%  |
|                                            | 's middags  | tussen 14.30 en 15.30:   | 77%  |
|                                            |             | niet 's middags:         | 20%  |
| temperatuur van de baby:                   | 's ochtends | tussen 9.00 en 10.00:    | 90%  |
|                                            | 's middags  | tussen 15.00 en 16.00:   | 74%  |
|                                            |             | niet 's middags:         | 21%  |
| wegen van de baby:                         | 's ochtends | tussen 9.00 en 10.00:    | 59%  |
|                                            |             | niet op deze dag:        | 35%  |
| observatie van de navelstomp:              | 's ochtends | tussen 9.00 en 10.00:    | 90%  |
|                                            | 's middags  | om 13.00:                | 26%  |
|                                            |             | om 16.00:                | 39%  |
|                                            |             | niet 's middags:         | 56%  |
| voedingstijden:                            | 's ochtends | om 10.00:                | 86%  |
|                                            | 's middags  | om 13.00:                | 89%  |
|                                            |             | om 16.00:                | 91%  |
| rusttijden:                                | 's ochtends | niet 's ochtends:        | 94%  |
|                                            | 's middags  | tussen 13.00 en 15.15:   | 100% |
| maaltijden:                                |             | om ± 8.00, 12.00, 17.30: | 100% |
| tijden waarop de kraamvisite komt:         | 's ochtends | tussen 10.00 en 11.00:   | 85%  |
|                                            | 's middags  | vanaf 15.00:             | 88%  |

Bij deze registraties werden vaak de volgende opmerkingen geplaatst:

- observatie van de baarmoederstand en temperatuur/pols van de kraamvrouw wordt met name na het rusten gedaan
- temperaturen van de baby vindt voor het verschonen en voor de voeding plaats
- het wegen vindt voor het baden plaats
- observatie van de navelstomp vindt voor het baden en tijdens het verschonen (voor de voeding) plaats.

Uit de observaties blijkt vervolgens, dat de activiteiten op het gebied van GVO en instructie wat betreft hun verdeling over de dag meer gevarieerd zijn dan de observatie en verzorging van moeder en baby. Het is te begrijpen dat er tussen de geobserveerde gezinnen verschillen zijn in de momenten waarin GVO en/of instructie werd gegeven, aangezien dit afhangt van toevalligheden, zoals vragen die opkomen, een situatie die zich voordoet. Wel is duidelijk dat de momenten waarop GVO/instructie wordt gegeven, enigszins het patroon vertonen van de observatie en verzorging van moeder en baby; dit wordt verklaard doordat dit vaak wordt gecombineerd met voeding, verzorging van de baby, etc. Er worden (voor zover de kleine aantallen zo'n conclusie toelaten) geen aanwijzingen gevonden dat in de loop van de kraamperiode de activiteiten van GVO en instructie sterk afnemen en geheel stoppen. Hierbij wordt in herinnering genomen dat de geobserveerde kraamverzorgenden niet gewend zijn om te werken met een zorgplan. Zou dit wel het geval zijn dan is het aannemelijk dat meer GVO en instructie wordt gegeven. Immers zo'n zorgplan wordt in de praktijk samen met de kraamvrouw en kraamheer doorgenomen om te verzekeren dat alle facetten van de kraamzorg aan bod komen.

Tenslotte blijkt uit figuur 4.1, dat het patroon van de huishoudelijke activiteiten zeer constant is: in de gehele werkdag vinden continu huishoudelijke activiteiten plaats.

#### **4.1.4. De mogelijkheden om deze activiteiten in de tijd te verschuiven**

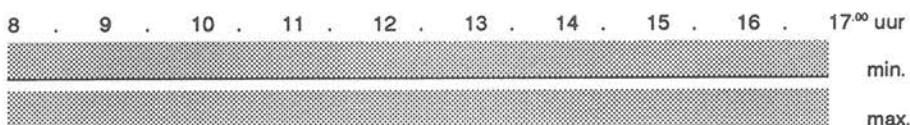
De analyse van de werkzaamheden van de kraamverzorgende is gericht op de vraag: 'In hoeverre kunnen de taakonderdelen worden gescheiden en/of verschoven in de tijd?'. Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden de observatie en verzorging van moeder en baby en de GVO/instructie-activiteiten tezamen genomen. Immers, figuur 4.1 suggereert op basis van het gelijktijdig vóórkomen dat de GVO/instructie-activiteiten eerder behoren bij de observatie en verzorging van moeder en baby dan bij de huishoudelijke activiteiten; dit past bij de in paragraaf 4.1.2. vermelde observatie dat GVO en instructie worden gecombineerd met de verzorging van de pasgeborene. De resulterende gegevens staan in figuur 4.2.

Figuur 4.2. De variabiliteit in het vóórkomen van de twee activiteitsgroepen in de 4 geobserveerde gezinnen

#### Observatie en verzorging van moeder en baby en/of GVO/instructie



#### Huishoudelijke activiteiten



Uit figuur 4.2 valt af te lezen dat de activiteiten op het gebied van observatie en verzorging van moeder en baby en/of GVO/instructie plaatsvinden in tenminste 3 periodes: 8.00-10.30, 13.00-13.30 en 15.00-15.30. De huishoudelijke activiteiten vinden plaats gedurende de gehele dag. De verschillende typen werkzaamheden zijn dus niet gebundeld in één bepaald deel van de dag.

Om te beoordelen of verschuiving mogelijk is, is de reden voor het uitvoeren op deze tijdstippen relevant. Daarom is naar aanleiding van de observaties, aan de kraamverzorgenden ook gevraagd naar het waarom van het verrichten van werkzaamheden op de aangekruiste tijdstippen. Allereerst werden de in paragraaf 4.1.2. beschreven determinanten genoemd (voedingstijden, rusttijden, etc.). De temperatuur en polsslag van de kraamvrouw worden na het rusten gemeten om beïnvloeding door verrichte activiteit te voorkomen. De temperatuur van de baby wordt voor het baden gemeten om beïnvloeding door het warme water te voorkomen. 's Ochtends wordt tijd besteed aan afstoffen en stofzuigen, zodat het huis schoon is als de kraamvisite komt. Het bed wordt verschoond terwijl de kraamvrouw zich wast zodat de kraamvrouw daarna weer in een fris bed kan rusten. Rusttijden zijn van belang omdat de kraamvrouw 's nachts vaak weinig slaapt en ze de gelegenheid heeft zich in te stellen op de nieuwe situatie.

Conclusie: kraamverzorgenden werken volgens een vast patroon, bepaald door verschillende factoren en redenen. Aangezien veel werkzaamheden zowel 's ochtends als 's middags worden uitgevoerd zal de kraamverzorgende bij bundeling van werkzaamheden (in de ochtend of in de middag) een aantal gebeurtenissen missen.

#### 4.1.5. De betekenis van de kraamverzorgende in het gezin

Naar aanleiding van deze objectieve resultaten van de observatielijsten wordt nog in het kort een aantal indrukken van de observator gegeven over de functie die een kraamverzorgende heeft in het kraamgezin. De betekenis van de thuiskraamzorg voor de cliënten wordt hiermee in beeld gebracht.

De kraamverzorgende maakt het allereerst mogelijk dat de kraamvrouw en kraamheer voldoende rust krijgen. Ze ziet er op toe, dat de kraamvrouw zich houdt aan de rusttijden en dat er op deze momenten geen visite bij de kraamvrouw is. De moeder van de zevende dag geeft duidelijk aan dat ze het prettig vindt dat de kraamverzorgende overdag aanwezig is. Doordat de baby met name 's nachts huilt, slaapt ze 's nachts weinig en is ze overdag erg moe.

Door de aanwezigheid van de kraamverzorgende wordt ook de kraamheer ontlast (die 's nachts ook weinig slaapt en overdag naar het werk is). De kraamverzorgende ontvangt en zorgt namelijk voor de kraamvisite. Door het uitvoeren van de huishoudelijke werkzaamheden, maaltijdverzorging en het verzorgen van het wasgoed voorkomt ze dat de kraamvrouw zich hiermee gaat bezig houden. Vooral het gezin van de tweede dag (met een tweede kind) blijkt veel was te hebben. Dit komt met name door het gebruik van katoenen luiers voor beide kinderen. De wasmachine draaide die tweede dag bijna continu.

De kraamverzorgende houdt het huishouden draaiende en vangt eventueel aanwezige kinderen op. Met name binnen gezinnen met meerdere kinderen wordt door de kraamvrouwen en kraamverzorgenden aangegeven, dat het van belang is dat er iemand aanwezig is die deze kinderen kan opvangen en bezig houden. De kraamvrouwen geven aan dat ze deze drukte de eerste dagen na de bevalling niet aankunnen.

Doordat de kraamverzorgende acht uur per dag aanwezig is, heeft de kraamvrouw op veel momenten van de dag de mogelijkheid om vragen te stellen. De kraamvrouw heeft alle gelegenheid om die vragen te stellen die zij op dat moment heeft. Door de lange periode die de kraamverzorgende aanwezig is ontstaat een vertrouwensband tussen de kraamvrouw en kraamverzorgende en krijgt de kraamvrouw de mogelijkheid haar emoties (die onlosmakelijk zijn verbonden met een bevalling) te uiten. Niet vergeten dient te worden dat een bevalling altijd een indrukwekkende en ingrijpende gebeurtenis is.

De kraamverzorgende is aanwezig als de verloskundige op bezoek komt om te kijken hoe het met de kraamvrouw is. Eventuele moeilijkheden of andere signalen die de kraamverzorgende heeft opgevangen kunnen ter plekke samen met de kraamvrouw worden besproken.

Uit deze subjectieve indrukken wordt geconcludeerd dat observatie / verzorging / GVO / instructie en huishoudelijke werkzaamheden niet zondermeer strikt zijn te scheiden. Het uitvoeren van de huishoudelijke werkzaamheden heeft een bredere betekenis dan puur huishoudelijk. Het werk van de kraamverzorgende lijkt dan ook niet zondermeer op te splitsen in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Er is sprake van een sterke mate van verwevenheid tussen alle werkzaamheden die de kraamverzorgende verricht.

#### **4.1.6. Ervaringen met een gereduceerd aanbod van thuiskraamzorg**

Uit de observaties en de vragenlijst die in de vorige paragrafen zijn beschreven komt een logisch beeld naar voren over het hoe en waarom van de verschillende werkzaamheden. Aan de hand van de resultaten uit de vragenlijst die is gestuurd naar alle kraamcentra in Nederland wordt vervolgens ingegaan op de ervaringen als volledige dagkraamzorg noodgedwongen niet kan worden geleverd.

Door 23 van de 46 kraamcentra die een vragenlijst hebben teruggestuurd, is aangegeven dat ze de afgelopen 10 jaar voor een langere periode noodgedwongen minder thuiskraamzorg aan moesten bieden dan de hoeveelheid die de cliënten wensten. Het betreft dus gezinnen die niet bewust kiezen voor weinig thuiskraamzorg. Dit kwam met name voor gedurende de vakantieperiode, in de maanden juli en augustus. De reden van het gereduceerde aanbod werd met name gevormd door een structureel tekort aan personeel (16x) en een groot aantal bevallingen in de betreffende periode (16x).

De ervaringen hiermee worden als negatief beschouwd. Allereerst geven de cliënten aan (meestal op de evaluatieformulieren) ontevreden te zijn (11x). Daarnaast wordt het door de cliënt als negatief ervaren dat er door het korte bezoek van de kraamverzorgende aan het gezin de kraamvrouw de kraamperiode als belastend ervaart omdat ze niet toe komt aan voldoende rust (8x). Tevens vindt de cliënt het vervelend of moeilijk om voor meer mantelzorg te moeten zorgen (5x), met name als er meerdere kinderen in het gezin zijn.

Vanuit de kraamverzorgenden wordt aangegeven dat ze het vervelend vinden om veel korte kraamzorgbezoeken af te leggen (16x): het heeft een negatieve invloed op de arbeidssatisfactie, het wordt als lichamelijk zwaar beschouwd om meerdere gezinnen per dag te moeten bezoeken en de werkdruk wordt verhoogd, mede doordat de kraamverzorgenden meer willen doen dan mogelijk is in die korte tijd. Daarnaast wordt door een aantal kraamcentra aangegeven dat het ziekteverzuim hierdoor toeneemt (4x).

Met betrekking tot de organisatie wordt allereerst aangegeven dat in deze periodes veel problemen waren met het plannen van personeel (12x). Daarnaast wordt het noodgedwongen moeten reduceren van de thuiskraamzorg beschouwd als slecht voor de 'public relations' (8x). Het kraamcentrum krijgt

hierdoor een slecht imago met als gevolg dat cliënten een volgende keer eerder bij andere (particuliere) bureaus thuiskraamzorg gaan regelen. Tot slot geven kraamcentra aan dat het problemen oplevert met de ziektekostenverzekeraars over het maken van produktafspraken (5x).

#### **4.1.7. Ervaringen met een aanbod van thuiskraamzorg door verschillende zorgverleners**

Aangezien het nog onduidelijk is of een gescheiden financiering van 'kraamverpleging' (AWBZ) en 'kraamverzorging' (aanvullende verzekering) zal leiden tot verschillende zorgverleners, is kraamcentra gevraagd naar ervaringen met het gescheiden aanbieden van 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Zeven kraamcentra hebben hiermee in de afgelopen jaren reeds enige ervaring opgedaan. De directe zorg rond moeder en baby werd dan door het kraamcentrum geleverd terwijl de andere activiteiten werden uitgevoerd door de gezinsverzorging, een particulier bureau of het uitzendbureau. De ervaringen hiermee worden als negatief beschouwd. Allereerst blijkt de communicatie moeizaam te verlopen en ontstaat er onduidelijkheid naar de cliënt toe. Daarnaast werd aangegeven dat de kraamverzorgende in dergelijke situaties vaak te maken heeft met inadequate hulpverleners waardoor ze ook de andere hulpverlener moet ondersteunen.

## **4.2. Resultaten: ongewenste substitutie**

Om een beeld te kunnen vormen van een mogelijke verschuiving van verloskundige- en kraamzorg, als gevolg van een splitsing van de thuiskraamzorg, is in dit vooronderzoek ook naar de mening van verloskundigen en afdelingen kraamzorg in het ziekenhuis gevraagd (zie paragraaf 3.3.).

### **4.2.1. Verwachte consequenties volgens de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen**

De resultaten van de mening over verschillende uitspraken staan vermeld in tabel 4.2. Allereerst blijkt uit deze tabel dat vanuit de meeste afdelingen eerst wordt geïnformeerd naar de hoeveelheid kraamzorg die is geregeld. Tevens vindt men in het ziekenhuis (evenals de verloskundigen, zie 4.2.2.) dat 24 uur thuiskraamzorg onvoldoende is om voldoende rust en psycho-sociale begeleiding van de kraamvrouw te waarborgen. Tenslotte komt in deze tabel naar voren dat indien in de toekomst alleen nog maar wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen, men dan verwacht dat moeder en baby langer in het ziekenhuis worden gehouden in de volgende drie situaties: na een vacuüm- en/of tangverlossing, als de baby een geboortegewicht heeft van rond de 2500 gram en als de baby spuugt.

Tabel 4.2. Mening van hoofden van de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen over uitspraken met betrekking tot een vermindering van thuis-kraamzorg (N=25)

|                                                                                                                                                                                              | Oneens |   | Eens |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|------|
| Voordat moeder en baby uit het ziekenhuis worden ontslagen wordt vanuit de afdeling kraamzorg altijd geïnformeerd hoeveel thuiskraamzorg is geregeld. <sup>1</sup>                           | 2      | 4 | 18   |
| Wijkkraamzorg (24 uur) is voldoende om te waarborgen dat de kraamvrouw voldoende rust.                                                                                                       | 20     | 2 | 3    |
| Wijkkraamzorg (24 uur) is voldoende om te waarborgen dat de kraamvrouw voldoende psychosociale begeleiding krijgt.                                                                           | 19     | 1 | 5    |
| Om infecties of andere stoornissen tijdig bij de kraamvrouw en de baby te signaleren is volledige dagkraamzorg (64 uur) vereist.                                                             | 9      | 8 | 8    |
| Als er weinig professionele kraamzorg thuis is geregeld, dan worden moeder en baby langer in het ziekenhuis gehouden.                                                                        | 13     | 6 | 6    |
| Als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen dan verwacht ik dat na een vacuüm- en/of tangverlossing moeder en baby langer in het ziekenhuis worden gehouden. <sup>1</sup> | 7      | 1 | 16   |
| Als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen dan verwacht ik dat een baby met een gewicht van rond de 2500 gram langer in het ziekenhuis zal worden gehouden.              | 7      | 1 | 17   |
| Als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen dan verwacht ik dat een baby die spuugt langer in het ziekenhuis zal worden gehouden.                                         | 8      | 3 | 14   |
| Als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen dan verwacht ik dat moeder en baby langer in het ziekenhuis zullen worden gehouden als de borstvoeding slecht op gang komt.   | 17     | 5 | 3    |
| Als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen dan verwacht ik dat moeder en baby na een keizersnee langer in het ziekenhuis zullen worden gehouden.                         | 12     | 2 | 11   |

<sup>1</sup> In één geval is dit niet ingevuld

Aangezien gevraagd is naar verwachtingen en gezien het geringe aantal afdelingen, kan niet zondermeer worden geconcludeerd dat een substitutie optreedt van thuiskraamzorg naar kraamzorg in het ziekenhuis. Echter, deze meningen geven wel aan dat deze substitutie niet is uitgesloten. Het is bovendien aannemelijk dat deze meningen in zekere zin een reflectie zijn hetgeen leeft op de betreffende afdelingen in het ziekenhuis.

#### **4.2.2. Verschil in verleende verloskundige zorg tussen wijkkraamzorg en volledige dagkraamzorg**

Van de ontvangen vragenlijsten heeft één verloskundige dit onderdeel van de vragenlijst niet ingevuld waardoor het aantal praktiserende respondenten op 36 komt.

Allereerst blijkt, dat deze verloskundigen thuiskraamzorg van groot belang vinden. Immers, op de vraag 'Hoeveel uren thuiskraamzorg is volgens U gemiddeld genomen onmisbaar voor een kwalitatief goede zorg na een poliklinische- en/of thuisbevalling?' antwoordden 15 verloskundigen (42%) met 40 uur en 21 verloskundigen (58%) met 64 uur. Geen enkele verloskundige acht 24 uur thuiskraamzorg voldoende voor een kwalitatief goede zorg na de bevalling.

Ook is gevraagd naar een verschil in *hoeveelheid* en *soort* zorg, die wordt verleend aan gezinnen die alleen maar wijkkraamzorg (24 uur) krijgen en aan gezinnen die volledige dagkraamzorg (64 uur) krijgen. Op deze manier wordt een beeld verkregen van een mogelijke verschuiving van werkzaamheden van de kraamverzorgende naar de verloskundige. Door 31 verloskundigen (86%) is aangegeven dat er een verschil in hoeveelheid zorg bestaat. Dit komt met name tot uiting doordat bij wijkkraamzorg de bezoeken aan het gezin meer tijd in beslag nemen (30x), de verloskundige vaker wordt gebeld (23x) en de verloskundige vaker een bezoek brengt (14x). Ten aanzien van de soort verleende zorg vinden 24 verloskundigen (67%) dat deze verschilt tussen gezinnen met alleen wijkkraamzorg en gezinnen met volledige dagkraamzorg: deze verloskundigen geven bij wijkkraamzorg meer informatie over borstvoeding (22x), meer begeleiding (16x) en meer GVO (13x).

#### **4.2.3. Verwachte consequenties volgens verloskundigen**

Om een indruk te krijgen van de consequenties die voortkomen uit het verminderen van de hoeveelheid kraamzorg hebben 37 praktiserende verloskundigen hun mening gegeven over een aantal uitspraken. De resultaten hiervan zijn in tabel 4.3. weergegeven.

Tabel 4.3. Mening van verloskundigen over uitspraken met betrekking tot een vermindering van thuiskraamzorg (N=37)

|                                                                                                                                                        | Oneens |    | Eens |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|------|
| Wijkkraamzorg (24 uur) is voldoende om te waarborgen dat de kraamvrouw voldoende rust.                                                                 | 34     | 3  | -    |
| Wijkkraamzorg (24 uur) is voldoende om te waarborgen dat de kraamvrouw voldoende psychosociale begeleiding krijgt.                                     | 25     | 11 | 1    |
| Om infecties of andere stoornissen tijdig bij de kraamvrouw en de baby te signaleren is volledige dagkraamzorg (64 uur) vereist.                       | 6      | 9  | 22   |
| Als gezinnen in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur verdeeld over 8 dagen) kunnen krijgen dan zal ik vaker een poliklinische bevalling adviseren. | 32     | 4  | 1    |
| Als gezinnen in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur verdeeld over 8 dagen) kunnen krijgen dan zal ik vaker een klinisch kraambed adviseren.       | 25     | 3  | 9    |

Op grond van de gegevens uit deze tabel kan allereerst worden geconcludeerd dat de meerderheid van deze verloskundigen het vanuit medisch oogpunt noodzakelijk vindt dat een kraamverzorgende meer dan 24 uur binnen het kraamgezin aanwezig dient te zijn. Op deze wijze wordt immers gewaarborgd dat de kraamvrouw voldoende rust, de kraamvrouw voldoende wordt begeleid en infecties of andere stoornissen tijdig kunnen worden opgespoord. Volgens deze verloskundigen zal er (als in de toekomst slechts wijkkraamzorg is te krijgen) niet vaker een poliklinische bevalling en/of een klinisch kraambed worden geadviseerd. In dit opzicht is volgens deze verloskundigen dus geen substitutie te verwachten.

Naast deze uitspraken is aan de verloskundigen ook nog een aantal open vragen gesteld. De resultaten uit tabel 4.3 komen overeen met de antwoorden op de vraag: 'Wat zijn de voordelige gevolgen in die gevallen waarin alleen wijkkraamzorg wordt gegeven?' Op deze vraag wordt namelijk door de meeste verloskundigen aangegeven dat er geen voordeel bestaat, enkelen zien financiële voordelen of zien het als voordeel dat de kraamvrouw eerder zelfstandig wordt. Over de nadelige gevolgen die ontstaan wanneer alleen maar wijkkraamzorg wordt gegeven zijn de verloskundigen het ook eens: de kraamvrouw wordt te veel belast, komt te weinig toe aan rust waardoor de borst-

voeding vaker zal mislukken en na het kraambed meer psycho-sociale problemen (post-natale depressies) zullen ontstaan.

Aangezien is gevraagd naar verwachtingen omtrent de toekomst is het mogelijk dat in de antwoorden de *wenselijkheid* vanuit het perspectief van de verloskundigen doorklinkt. Nader onderzoek dient derhalve uit te wijzen in hoeverre deze antwoorden de wenselijkheid of de werkelijkheid weergeven.

## 5. BESPREKING

In dit hoofdstuk worden eerst de belangrijkste resultaten besproken, die zijn voortgekomen uit de gegevensverzameling tijdens het vooronderzoek. De validiteit en representativiteit van deze resultaten komen hierbij eveneens aan de orde. Vervolgens worden deze resultaten samen met de gegevens uit hoofdstuk 2 besproken in het licht van de in hoofdstuk 1 geformuleerde beleidsvragen (paragraaf 5.4. t/m 5.11.). Aan het eind van enkele paragrafen zullen vragen worden geformuleerd die nader onderzocht moeten worden in een hoofdonderzoek.

### 5.1. Resumé van de onderzoeksresultaten uit hoofdstuk 4

Belangrijke bevindingen uit het verrichte onderzoek (hoofdstuk 4) zijn:

- de cliëntgebonden activiteiten van de kraamverzorgenden zijn in de praktijk in te delen in 3 groepen: observatie en verzorging van moeder en kind, GVO/instructie en huishoudelijke activiteiten;
- er is een vast patroon in het verloop van deze activiteiten in de loop van de dag;
- de determinanten van dit patroon zijn vastliggende factoren zoals de voedingstijden, de rusttijden van de kraamvrouw, wasbeurt van de baby, het verschonen van de baby, tijden waarop de maaltijden plaatsvinden en de tijden waarop de kraamvisite komt;
- de mogelijkheden om deze activiteiten te verschuiven en te verplaatsen naar een ander moment op de dag zijn beperkt;
- de functie van de kraamverzorgende in het gezin is veelzijdig en samen te vatten als 'het mogelijk maken dat de kraamvrouw en het gezin in rust en ordeelijkheid toe kunnen komen aan het verwerken van de aanwezigheid van de pasgeborene en inspelen op de nieuwe uitdagingen en eisen die de pasgeborene met zich mee brengt';
- ervaringen van de kraamcentra met het noodgedwongen aanbieden van een reductie van de hoeveelheid kraamzorg zijn negatief;
- ervaringen van de kraamcentra met het gescheiden aanbieden van thuis-kraamzorg door verschillende zorgverleners zijn negatief;
- volgens de hoofdverpleegkundigen van de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen is het waarschijnlijk aannemelijk om te verwachten dat bij een beperkte beschikbaarheid van thuiskraamzorg (slechts 24 uur) een substitutie ontstaat van thuiskraamzorg naar kraamzorg in het ziekenhuis;

- de verloskundigen zijn van mening dat 24 uur thuiskraamzorg waarschijnlijk niet voldoende is om rust van de kraamvrouw te waarborgen;
- vermindering van thuiskraamzorg zal volgens de verloskundigen waarschijnlijk leiden tot een ongewenste substitutie van werkzaamheden van de kraamverzorgende naar de verloskundige;
- het is niet te verwachten dat verloskundigen vaker een poliklinische bevalling en/of een klinisch kraambed zullen adviseren als in de toekomst alleen wijkkraamzorg (24 uur) is te krijgen.

## 5.2. De validiteit van de onderzoeksgegevens

In deze paragraaf wordt verantwoord dat de onderzoeksmethode geëigend is. Dat wil zeggen dat met de uitgevoerde onderzoeksmethode inderdaad is gemeten wat wij wilden meten.

### *Met betrekking tot de werkzaamheden van kraamverzorgenden:*

Men kan zich afvragen of de aanwezigheid van de observator van invloed is geweest op het gedrag van de kraamverzorgende en de gezinsleden. Zo'n invloed valt in dit vooronderzoek niet geheel uit te sluiten maar er zijn argumenten om aan te nemen dat het wel is meegevallen voor wat betreft de onderzoeksresultaten. Ten eerste zijn de patronen van verschillende activiteiten redelijk constant in de 4 geobserveerde gezinnen en geheel verklaarbaar uit de determinerende factoren. Dit beeld wordt bevestigd door de registraties die in verschillende kraamcentra in Nederland zijn verricht. Ook de aangetoonde verwevenheid van GVO en instructie met observatie en verzorging is verklaarbaar vanuit de inhoud van het werk; dit is hoogstwaarschijnlijk niet vertekend door de aanwezigheid van de observator. Ten tweede zijn kraamverzorgenden gewend te opereren volgens een vast schema en stagiaires te begeleiden. Een grote invloed van de aanwezigheid van de observator is dan ook niet waarschijnlijk.

Concluderend: het is aannemelijk dat de geobserveerde gegevens een juist beeld geven van de verleende zorg in deze 4 gezinnen.

De situatie die in de toekomst zou kunnen ontstaan, is onderzocht met behulp van bestaande ervaringen. Aangezien het na de splitsing van thuiskraamzorg mogelijk is, dat mensen zich om negatieve redenen (financieel) niet gaan bijverzekeren (zie 2.2.) en derhalve alleen wijkkraamzorg (24 uur) zullen ontvangen, is gevraagd naar de ervaringen die reeds zijn opgedaan met het noodgedwongen aanbieden van een gereduceerde hoeveelheid thuiskraamzorg. Omdat het tevens nog niet duidelijk is of de kraamzorg in de toekomst

door verschillende zorgverleners zal worden geboden is tevens gevraagd naar opgedane ervaringen met het gescheiden aanbieden van thuiskraamzorg. Hoewel uit bestaande ervaringen niet zondermeer kan worden vertaald naar de toekomst, geven deze ervaringen toch een indicatie van de situatie die mogelijk in de toekomst ontstaat.

*Met betrekking tot de ongewenste substitutie:*

Om te kunnen bepalen of een splitsing van thuiskraamzorg zal leiden tot een ongewenste substitutie is binnen de thuiskraamzorg gezocht naar een bestaande situatie die vergelijkbaar is met de situatie zoals die in de toekomst zal kunnen ontstaan, namelijk alleen wijkkraamzorg (24 uur). Door de werkzaamheden die een verloskundige in dergelijke situaties verricht te vergelijken met situaties waarin volledige dagkraamzorg wordt geboden kan met een zekere waarschijnlijkheid een voorspelling worden gegeven over de situatie in de toekomst.

In de vragenlijsten die zijn gestuurd naar verloskundigen en ook aan hoofdverpleegkundigen van de afdeling kraamzorg is ook naar meningen gevraagd over uitspraken en verwachtingen. Hoewel dit slechts een beperkte enquête omvat en een vraag naar verwachtingen geen harde feiten oplevert, geeft het wel een beeld van de verwachte consequenties die mogelijk zouden kunnen optreden als de thuiskraamzorg wordt teruggebracht.

### **5.3. De representativiteit van de onderzoeksbevindingen**

*Met betrekking tot de werkzaamheden van kraamverzorgenden:*

Het is de vraag of de verkregen gegevens representatief zijn voor heel Nederland. Er zijn verschillende argumenten om aan te nemen dat de thuiskraamzorg, zoals deze door ons is onderzocht door observatie (in 4 gezinnen) en hierop aansluitende zelfregistratie (bij 66 kraamverzorgenden), op andere plaatsen en in andere gezinnen niet sterk zal verschillen:

- sommige determinanten van het patroon van observatie, verzorging, GVO/instructie en huishoudelijke activiteiten zijn overal hetzelfde (voedings-tijden, rusttijden, etc.);
- andere determinanten kunnen verschillen van gezin tot gezin en van dag tot dag; deze spreiding is zo goed als mogelijk was gerealiseerd in de groep van 4 onderzochte gezinnen omdat er is geobserveerd op verschillende dagen (2e, 4e en 7e dag) en in gezinnen met een eerste kind, respectievelijk reeds aanwezige kinderen;
- geobserveerd is bij vier verschillende 'ervaren' kraamverzorgenden en gezinnen die door het kraamcentrum als 'doorsnee' werden beschouwd; op deze wijze is voorkomen dat atypische situaties zijn geobserveerd;

- vanzelfsprekend zijn vier kraamgezinnen weinig om algemene uitspraken met betrekking tot de thuiskraamzorg te kunnen formuleren; daarom zijn bepaalde determinanten nader onderzocht via zelfregistratie door 66 kraamverzorgenden verspreid over Nederland; uit de registraties in tabel 4.1 blijkt dat de thuiskraamzorg landelijk gezien eenzelfde patroon vertoont;
- de organisatie van de eerstelijnsverloskundige zorg in Nederland is op hoofdpunten overal hetzelfde.

Aan de andere kant dient om te kunnen observeren in een kraamgezin, toestemming te worden gevraagd aan de kraamverzorgende en het kraamgezin. De kraamzorg binnen een aantal gezinnen (waarschijnlijk die waarin het kraambed niet geheel voorspoedig verloopt en daardoor de rol van de kraamverzorgende erg belangrijk is) zal daardoor niet kunnen worden vastgelegd. Het is echter niet waarschijnlijk dat de belangrijkste bovengenoemde determinanten van deze activiteiten sterk zullen afwijken.

Concluderend: de onderzoeksbevindingen met betrekking tot de werkzaamheden van kraamverzorgenden kunnen representatief worden geacht voor een 'gemiddelde' kraamperiode in Nederland.

#### *Met betrekking tot de ongewenste substitutie:*

De verloskundigen zijn via een aselechte steekproef getrokken. De respons is 80% en op verschillende onderdelen (zoals het verschil in verleende zorg bij wijkkraamzorg en volledig dagkraamzorg of de noodzaak van rust en begeleiding) komt een homogeen/eenduidig beeld naar voren. Derhalve mag worden aangenomen dat een redelijk beeld is gegeven van de algemene mening van deze verloskundigen. Aangezien het om een klein aantal gaat is een grote representatieve groep verloskundigen nodig om definitieve uitspraken te kunnen doen.

De afdelingen kraamzorg die zijn betrokken in dit onderzoek zijn (vanwege beperkte tijd) gekozen op basis van een beschikbare lijst van ziekenhuizen binnen het werkgebied van de opdrachtgever, de provincie Zuid-Holland. Het betreft dus een bepaald gebied in Nederland. Voor het verkrijgen van een representatief beeld zou dan ook een landelijk onderzoek moeten worden uitgevoerd om een duidelijker beeld te kunnen krijgen van ongewenste substitutie van thuiskraamzorg naar kraamzorg in het ziekenhuis.

## **5.4. De aanwezige zorgbehoefte (vraag 1)**

Allereerst wordt vermeld dat een belangrijke taak in de thuiskraamzorg, namelijk het assisteren tijdens een bevalling, in deze rapportage niet aan de orde is geweest. De reden hiervoor is, dat dit onderdeel in het voorstel van de Staats-

secretaris niet ter discussie staat. Het belang van assistentie tijdens de bevalling door een kraamverzorgende is blijkbaar algemeen geaccepteerd.

De observaties die zijn verricht hebben betrekking op verleende zorg. Hieruit kan in principe niet zonder meer worden geconcludeerd tot de aanwezigheid van een *behoefte* aan zorg. Maar uit de observaties (zie ook paragraaf 4.1.5.) is toch de stellige indruk verkregen dat de verleende zorg voorziet in een reële behoefte, en dat dit geldt voor ieder van de 3 activiteitsgebieden (observatie en verzorging van moeder en baby, GVO en instructie, huishoudelijke activiteiten). Dit wordt bevestigd door resultaten uit onderzoek dat is verricht door Bastiaenen en Dresmé (1989) en Kerssens (1991) (zie 2.1.1.). Uit de resultaten van deze onderzoeken werd geconcludeerd dat de meeste cliënten behoefte hebben aan volledige dagkraamzorg. Hierbij wordt tevens vermeld dat uit het onderzoek van Kerssens ook is gebleken, dat de voorkeur voor een bepaalde vorm van thuiskraamzorg bij een eventuele volgende bevalling meer overeenkomt met de vorm die men heeft ontvangen, dan de vorm die men aanvankelijk wenste. Daarnaast wordt vermeld dat experimenten met een vorm van gedeeltelijke dagkraamzorg (5-uurs kraamzorg) positieve ervaringen hebben opgeleverd (zie 2.1.1.). Uit de ervaringen die hiermee in Amsterdam en Kruisvereniging Amstelland en Meerlanden e.o. zijn opgedaan kan worden geconcludeerd dat bepaalde groepen cliënten behoefte hebben aan een vorm van thuiskraamzorg die omvangrijker is dan de wijkkraamzorg en beperkter is dan de volledige dagkraamzorg. Om een duidelijk beeld te kunnen vormen van de behoefte van verschillende groepen cliënten dient derhalve nader onderzoek worden verricht. Evaluatie van het gebruik van de in paragraaf 2.1.3. beschreven indicatie-instrumenten zal hierbij bruikbaar zijn.

Tevens wordt bij de zorgbehoefte ingegaan op één aspect dat in het citaat van de Staatssecretaris aan de orde komt (zie 1.1): "kraamverpleging is medisch noodzakelijk terwijl professionele verzorging na de bevalling strikt genomen uit medisch oogpunt niet noodzakelijk is". Volgens deze opmerking zou er medisch gezien strikt genomen geen *behoefte* zijn aan professionele 'kraamverzorging'. In hoeverre deze veronderstelling juist is, is de vraag. Immers, volgens de resultaten uit de vragenlijst aan verloskundigen en de hoofdverpleegkundigen op de afdeling kraamzorg lijkt hun overwegende mening te zijn, dat 24 uur kraamzorg niet voldoende is om voldoende rust en psychosociale begeleiding van de kraamvrouw te garanderen. De kraamverzorgende wordt beschouwd als een deskundige die dit kan realiseren. Zoals is waargenomen in de observaties neemt zij het huishoudelijk werk uit handen, ontvangt de kraamvisite, houdt in de gaten dat de kraamvrouw de rusttijden in acht neemt en voorziet in GVO en instructie. Het is zeer wel mogelijk dat bij een groot deel van de kraamvrouwen deze begeleiding nodig is voor een vlot

herstel en integratie van de pasgeborene in het gezin. Voor zover ons bekend, is de 24 uur die in het voorstel als norm wordt gesteld niet gebaseerd op empirische bevindingen.

Uit de verrichte observaties blijkt tevens dat observatie van moeder en baby een belangrijk onderdeel vormt binnen het werk van kraamverzorgenden: temperatuur, gewicht, kleur van de baby, voedingsgedrag, motoriek, navelstomp, ontlasting, baarmoederstand, vloeien en hechtingen worden door de kraamverzorgende geobserveerd. De behoefte aan signalering (zie 2.1.2. het interview met dr. D. van Alten) wordt hiermee vervuld.

Er zijn thans geen algemeen aanvaarde indicatoren en criteria beschikbaar waarmee de kwaliteit van de thuiskraamzorg kan worden bepaald. Voor de ontwikkeling van de thuiskraamzorg is het van belang dat de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1986 en 1990) en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (1990) gedefinieerde aspecten van kwaliteit worden ingevuld voor de thuiskraamzorg.

Op grond van deze gegevens worden de volgende vragen voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

1. *Waaruit bestaat de behoefte aan thuiskraamzorg bij verschillende groepen in de bevolking?*
2. *In hoeverre is het mogelijk om door indicatiestelling voor en na de bevalling de behoefte aan thuiskraamzorg per geval te bepalen?*
3. *Aan welke kwaliteitscriteria dient thuiskraamzorg te voldoen?*

## **5.5. De mogelijkheden voor concentratie van activiteiten (vraag 2a)**

Voor het splitsen van de thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' is het noodzakelijk dat de activiteiten binnen 'kraamverpleging' kunnen worden gebundeld en uitgevoerd binnen een tijdsbestek van maximaal gemiddeld 3 uur per dag gedurende 8 dagen. Zoals in paragraaf 4.1.3 is aangegeven, vinden de activiteiten binnen de 'kraamverpleging' tenminste (minimaal) plaats in 3 periodes: 8.00-10.30, 13.00-13.30 en 15.00-15.30. Tot de 'kraamverpleging' die 's middags plaatsvindt behoren: verzorging en observatie van de baby, waaronder tenminste één keer temperaturen. Verder worden hieraan gekoppeld, GVO en instructie geven. Zoals besproken in paragrafen 4.1.3. en 4.1.4., worden deze tijden bepaald door vastliggende factoren (bijv. voedingstijden, rusttijden) en het is dan ook niet aannemelijk dat deze activi-

teiten zonder meer gebundeld kunnen worden in één periode, b.v. van 8.00-10.30.

Door acht uur per dag aanwezig te zijn krijgt de kraamverzorgende drie van de acht voedingen de mogelijkheid om het voedingsgedrag te observeren en eventueel instructies hierover te geven. Met name als het voeden slecht verloopt vervult de deskundigheid van de kraamverzorgende hierin een belangrijke rol. Bij een beperking tot drie uur zorg per dag zou dit een belangrijke vermindering van de mogelijkheid tot observatie en GVO/instructie kunnen betekenen.

Op grond van deze gegevens wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

4. *In hoeverre is het mogelijk om met behoud van de kwaliteit van de thuis-kraamzorg de werkzaamheden van de kraamverzorgende volgens een andere tijdsindeling uit te voeren?*

## **5.6. De mate waarin een aanvullende verzekering zal worden afgesloten (vraag 2b)**

In paragraaf 2.2. is aandacht besteed aan de bereidheid tot het aanvullend verzekeren. Aangezien het gegevens over fysiotherapie betreft zijn ze niet zondermeer te generaliseren naar de kraamzorg (er zijn grote verschillen tussen de twee groepen cliënten en hun vraag om gezondheidszorg); met name is fysiotherapie veelal niet van te voren voorzien, in tegenstelling tot kraamzorg. Desondanks geven deze gegevens wel een aanwijzing ervoor, dat het mogelijk is dat een groep mensen zich niet aanvullend zal verzekeren en dat dit waarschijnlijk de mensen zijn die financieel minder te besteden hebben. De vragen die dan ook gesteld kunnen worden zijn: hoeveel en welke kraamvrouwen krijgen onvrijwillig slechts drie uur per dag een kraamverzorgende op bezoek en wie zorgt voor de overige werkzaamheden: een andere zorgverlener of de mantelzorg?

Op grond van dit gegeven wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

5. *In hoeverre zullen mensen zich aanvullend gaan verzekeren als alleen wijkkraamzorg (24 uur) via de AWBZ wordt verzekerd?*

## **5.7. De mogelijkheden van zelf- of mantelzorg (vraag 2c)**

Uit de in hoofdstuk 4 vermelde onderzoeksbevindingen blijkt, dat de 'kraamverzorging' bestaat uit huishoudelijke activiteiten. In de 4 geobserveerde gezinnen besloegen deze activiteiten de gehele dag (van 8.00 tot 17.00). Uit de observaties (bijlage II) is gebleken dat het hier gaat om verschillende soorten taken op verschillende gebieden (puur huishoudelijke taken maar ook opvang van kinderen en kraamvisite), hetgeen praktische en sociale vaardigheden vereist. De functie van de kraamverzorgende in het gezin is veelzijdig (paragraaf 4.1.5.). De hoeveelheid werk die dit met zich mee brengt, moet niet worden onderschat; de kraamverzorgenden in de geobserveerde gezinnen waren de gehele dag druk bezig. Dit betekent dat er van de zelf- of mantelzorg een aanzienlijke inspanning wordt gevraagd (niet slechts enkele dagen een paar uurtjes inspringen) en het is de vraag in hoeverre dit in de praktijk kan worden gerealiseerd.

Daarnaast is het mogelijk dat de uitvoering van huishoudelijke taken door de kraamvrouw zelf ten koste gaat van de rust die de kraamvrouw na de bevalling moet genieten (zie 4.2.). Tevens zal inzet van mantelzorg misschien het ontstaan van een vertrouwensband tussen de kraamvrouw en kraamverzorgende niet bespoedigen. De verwevenheid van activiteiten zoals beschreven in paragraaf 4.1.5. en de hiermee gepaard gaande voordelen zullen niet of nauwelijks kunnen optreden.

Op grond van deze gegevens wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

6. *In hoeverre is het mogelijk dat door een kraamgezin zelf, en/of met mantelzorg, de werkzaamheden die buiten de wijkkraamzorg (24 uur) vallen, worden uitgevoerd?*

## **5.8. Thuiskraamzorg geleverd door verschillende professionele zorgverleners**

### **5.8.1. De mogelijke opties voor het toebedelen van de zorgactiviteiten aan verschillende professionele zorgverleners (vraag 2d)**

Uit de voorstellen van de Staatssecretaris voor een splitsing van de thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' wordt niet duidelijk of de splitsing ook betekent dat per gezin verschillende zorgverleners zullen worden ingezet voor de twee verschillende onderdelen. In hoofdstuk 4 is beschreven dat de observatie en verzorging van moeder en baby sterk verweven zijn met

het geven van GVO / instructie; er kan dan ook van worden uitgegaan dat zij door dezelfde zorgverlener (de kraamverzorgende) worden uitgevoerd. In paragraaf 5.5. werd geconcludeerd dat een bundeling van deze activiteiten in één periode binnen een dag niet zondermeer mogelijk is omdat dan observatie en verzorging bij de voedingen later op de dag niet kunnen worden verricht. Zelfs indien men desondanks deze activiteiten zo veel mogelijk zou concentreren (b.v. van 8.00-10.30), dan nog moeten de huishoudelijke activiteiten worden verricht gedurende de gehele dag. Uit de verrichte observaties blijkt, dat thans door de kraamverzorgende deze taken gecombineerd worden uitgevoerd.

Het valt niet goed in te zien hoe deze taken gemakkelijk zijn te splitsen. Aan de ene kant zijn er onvoldoende taken te verrichten in de periode van 8.00-10.30 als de kraamverzorgende zich alleen maar kan en mag bezig houden met de activiteiten die vallen binnen de zogenoemde 'kraamverpleging'. Tevens zal dit waarschijnlijk leiden tot problemen binnen de personeelsplanning en verlaging van de arbeidssatisfactie (zie paragraaf 4.1.6. en 4.1.7.). Aan de andere kant zijn de huishoudelijke activiteiten niet zonder meer te verschuiven (zie paragraaf 4.1.5.) en zal dan voor deze activiteiten een groot beroep moeten worden gedaan op de gezinsverzorging. Met name als er meerdere kinderen in het gezin zijn zal dit per dag veel uren betreffen. Gezien de vele wachtlijsten die binnen de gezinsverzorging bestaan (Groenewegen et al, 1993) zullen de instellingen deze extra aanvragen niet kunnen verwerken.

Op grond van deze gegevens wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

*7. In hoeverre is het mogelijk en wenselijk om de thuiskraamzorg door verschillende zorgverleners in één kraamgezin aan te laten bieden?*

#### **5.8.2. De mogelijke gevolgen voor de organisatie (vraag 2e)**

Het is vooralsnog niet duidelijk in hoeverre een splitsing van de thuiskraamzorg problemen kan opleveren voor de uitvoerende organisaties. Wanneer twee verschillende zorgverleners worden ingeschakeld voor de thuiskraamzorg, zijn extra overleg, informatieoverdracht en coördinatie nodig zowel tussen deze zorgverleners als ook in de contacten met andere zorgverleners met name de verloskundige beroepsuitoefenaar (verloskundige of huisarts). Dit wordt geïllustreerd door de ervaringen die reeds zijn opgedaan met het gescheiden aanbieden van thuiskraamzorg (zie 4.1.7.). Het is nog onduidelijk hoe deze coördinatie zou moeten plaatsvinden: als coördinatie direct tussen de zorgverleners of eventueel ook nog aanvullende coördinatie. Het is thans nog niet te overzien in hoeverre deze extra activiteiten kunnen leiden tot een toename van de kosten.

Tevens is het mogelijk dat een splitsing van de thuiskraamzorg, waarbij de kraamverzorgende alleen wordt ingezet voor observatie en verzorging van moeder en baby en GVO/instructie, zal leiden tot problemen bij de planning van het inzetten van kraamverzorgenden en het aanbieden van een volledige dagtaak. Eveneens is het mogelijk dat de arbeidssatisfactie onder kraamverzorgenden zal afnemen, met een mogelijke verhoging van het ziekteverzuim. Gezien de tekorten aan kraamverzorgenden die zich momenteel reeds voordoen zijn dit geen gunstige verwachtingen.

Op grond van deze gegevens wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

*8. Welke consequenties heeft het aanbieden van thuiskraamzorg door verschillende professionele zorgverleners voor de zorgverleners zelf en voor de organisatie waarin ze werken?*

### **5.8.3. De mogelijke gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, vanuit het perspectief van de cliënt (vraag 2f)**

Het is de vraag in hoeverre de kwaliteit van de zorg gezien vanuit het perspectief van de cliënt, voldoende gehandhaafd blijft wanneer de thuiskraamzorg wordt gesplitst.

Uit dit vooronderzoek kunnen geen definitieve conclusies worden getrokken, maar er kunnen wel enige vraagtekens worden geplaatst.

Ten eerste is het de vraag of voldoende zal kunnen worden voorzien in de behoefte aan 'kraamverpleging'. Zoals besproken in de paragraaf 5.5, laten deze activiteiten zich niet gemakkelijk concentreren in één periode van de dag. Het is de vraag hoe in de andere periode van de dag de activiteiten op het gebied van observatie, verzorging en GVO/instructie zullen worden verricht, wanneer de kraamverzorgende afwezig is.

Ten tweede is te vrezen dat in de behoefte aan huishoudelijke hulp niet adequaat kan worden voorzien wanneer deze hulp niet de gehele dag aanwezig is, zoals is besproken in paragraaf 5.7. Uit de vragenlijsten die zijn verstuurd kwam naar voren dat een mogelijk gevolg zal zijn, dat de kraamvrouw zich te vroeg gaat bezig houden met huishoudelijk taken en daardoor niet toekomt aan voldoende rust.

Ten derde valt te vrezen dat de aanwezigheid van twee verschillende zorgverleners onrust en discontinuïteit in de zorgverlening met zich meebrengt (zie 4.1.7.).

## 5.9. Ongewenste substitutie (vraag 2g)

In zijn adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad verzoekt de Staatssecretaris om het aspect van ongewenste substitutie naar kraamzorg in het ziekenhuis met oneigenlijke medische indicaties voor het kraambed aldaar, dat eventueel het gevolg kan zijn van deze voorstellen, te behandelen.

Uit de in paragrafen 2.3 en 4.2 gepresenteerde gegevens kan worden geconcludeerd, dat er aanwijzingen zijn dat ongewenste substitutie zou kunnen optreden van thuiskraamzorg naar kraamzorg in het ziekenhuis als de voorgestelde maatregel wordt ingevoerd.

In de reacties van de afdelingen kraamzorg in ziekenhuizen wordt de verwachting uitgesproken dat moeder en baby in bepaalde gevallen (na een vacuüm-en/of tangverlossing, bij een geboortegewicht rond de 2500 gram, als de baby spuugt) langer in het ziekenhuis worden gehouden (zie 4.2.1.). Gezien de mogelijke kosten die aan een dergelijke verschuiving verbonden zijn (zie 2.3.) is het van groot belang dit aspect nader te onderzoeken op grotere schaal.

Op grond van de vragenlijsten die door verloskundigen zijn gestuurd valt voorzichtig te concluderen, dat mogelijk een verschuiving zal optreden van werkzaamheden van de kraamverzorgende naar de verloskundige (zie 4.2.2. en 4.2.3.). De werkdruk van de verloskundige zal hiermee waarschijnlijk worden verhoogd. Het is niet onvoorstelbaar dat deze verzwaring uiteindelijk zal doorwerken in de tarieven.

Op grond van deze gegevens wordt de volgende vraag voor een hoofdonderzoek geformuleerd:

9. *In hoeverre kunnen de in dit vooronderzoek verkregen aanwijzingen, dat ongewenste substitutie zou kunnen optreden bij een vermindering van thuiskraamzorg, harder worden gemaakt?*

## 5.10. Het voorkómen van onnodige medicalisering (vraag 2h)

In dit vooronderzoek is niet als onderzoeksvraag gesteld wat het mogelijke preventieve effect zou zijn van splitsing van de thuiskraamzorg in de zin van het voorkómen van onnodige medicalisering. Toch kan hier iets over worden gezegd.

Uit de observaties komt niet het beeld naar voren dat het werk van de kraamverzorgende medicalisering in de hand werkt. Het werk van de kraamverzorgende is er in zijn geheel op gericht om bevalling en kraambed thuis te laten plaatsvinden; daarmee is deze thuiskraamzorg in zijn functie eerder demedicaliserend. De 'demedicaliserende' functie van de thuiskraamzorg blijkt ook uit de

betekenis die aan de thuiskraamzorg wordt toegekend door de verloskundigen. In de eerste resultaten wordt duidelijk dat ze 40-64 uur thuiskraamzorg noodzakelijk achten. De thuiskraamzorg wordt dan ook beschouwd als een pijler onder de eerstelijnsverloskundige zorg (Adviescommissie Verloskunde, 1987 en WVC, 1989).

Concluderend: de thuiskraamzorg in zijn huidige vorm lijkt een demedicaliserende functie te hebben. Bij het wegvallen, of aantasting hiervan valt medicalisering te vrezen.

### **5.11. Alternatieven voor een splitsing van thuiskraamzorg (vraag 2i)**

Door een splitsing te maken binnen de thuiskraamzorg wordt verondersteld dat 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' als twee aparte onderdelen zijn te beschouwen. Voor de door de Staatssecretaris voorgestelde splitsing wordt in dit vooronderzoek geen empirische onderbouwing gevonden. Immers, uit de resultaten van dit vooronderzoek komt het beeld naar voren dat thuiskraamzorg één geheel is, waarbinnen sprake is van een verwevenheid van observatie, verzorging, GVO/instructie en huishoudelijke werkzaamheden. In de persoon van kraamverzorgende kan het totale produkt 'thuiskraamzorg' als één geheel worden geleverd.

Uit de analyse van de zorgbehoefte in dit vooronderzoek komt het beeld naar voren dat, redenerend vanuit de behoeften aan zorg, de meest toegesneden zorg bestaat uit een *geïntegreerde* zorg, welke is opgebouwd uit observatie en verzorging van moeder en baby, GVO/instructie en huishoudelijke activiteiten. Derhalve wordt verondersteld dat doelmatige zorg wordt gerealiseerd door *zorg op maat* te gaan leveren. Per cliëntsituatie dient te worden bepaald hoeveel en welke kraamzorg nodig is. Het gebruik van een gevalideerd indicatieformulier wordt hiervoor noodzakelijk geacht. Dit formulier dient dan voor en tijdens de kraamperiode te worden gehanteerd. De ervaringen die momenteel worden opgedaan met het indicatieformulier van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT, 1992b) en binnen de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland zullen hiervoor erg belangrijk zijn. Thans wordt een evaluatie verricht door de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland. De eerste resultaten worden in mei 1993 verwacht. Uitwerking van de in dit hoofdstuk geformuleerde vragen in een hoofdonderzoek is wenselijk om een duidelijk beeld van de thuiskraamzorg te krijgen en het beleid ten aanzien van de thuiskraamzorg te onderbouwen.

## 5.12. De wenselijkheid van een hoofdonderzoek

In de resultaten die zijn beschreven in deze rapportage kan geen ondersteuning worden gevonden voor de gedachte dat de splitsing van de thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' een verantwoorde beslissing is. Veeleer wijzen de resultaten van dit vooronderzoek in de richting dat het invoeren van de maatregel tot zo'n splitsing van de thuiskraamzorg kan leiden tot onvoorziene problemen.

Tijdens dit vooronderzoek is gebleken dat verschillende vragen nog onbeantwoord zijn gebleven. De nog ontbrekende informatie is van belang om op verantwoorde wijze te kunnen besluiten tot een splitsing van thuiskraamzorg in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging'. Er is nog weinig beleidsrelevante informatie beschikbaar op het gebied van de thuiskraamzorg. Derhalve wordt een hoofdonderzoek wenselijk geacht ter ondersteuning van het beleid ten aanzien van de thuiskraamzorg. Uit dit vooronderzoek zijn de volgende vragen voortgekomen die als uitgangspunt kunnen dienen voor het hoofdonderzoek:

- 1. Waaruit bestaat de behoefte aan thuiskraamzorg bij verschillende groepen in de bevolking?*
- 2. In hoeverre is het mogelijk om door indicatiestelling voor en na de bevalling de behoefte aan thuiskraamzorg per geval te bepalen?*
- 3. Aan welke kwaliteitscriteria dient thuiskraamzorg te voldoen?*
- 4. In hoeverre is het mogelijk om met behoud van de kwaliteit van de thuiskraamzorg de werkzaamheden van de kraamverzorgende volgens een andere tijdsindeling uit te voeren?*
- 5. In hoeverre zullen mensen zich aanvullend gaan verzekeren als alleen wijkkraamzorg (24 uur) via de AWBZ wordt verzekerd?*
- 6. In hoeverre is het mogelijk dat door een kraamgezin zelf, en/of met mantelzorg, de werkzaamheden die buiten de wijkkraamzorg (24 uur) vallen, worden uitgevoerd?*
- 7. In hoeverre is het mogelijk en wenselijk om thuiskraamzorg door verschillende zorgverleners in één kraamgezin aan te laten bieden?*
- 8. Welke consequenties heeft het aanbieden van thuiskraamzorg door verschillende professionele zorgverleners voor de zorgverleners zelf en voor de organisatie waarin ze werken?*
- 9. In hoeverre kunnen de in dit vooronderzoek verkregen aanwijzingen dat ongewenste substitutie zou kunnen optreden bij een vermindering van thuiskraamzorg, harder worden gemaakt?*

In overleg met betrokken instanties en personen zal op grond van deze vragen een selectie worden gemaakt om te komen tot een voorstel voor het hoofdonderzoek. Daarbij zullen vanuit een breed kader ook andere relevante vragen worden meegenomen.

## LITERATUUR

ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE (1987). Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Eindrapport. Centrale Directie Voorlichting, Documentatie en Bibliotheek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Volksgezondheidsreeks (VR) VR 87/4. Rijswijk.

ALTEN, D. VAN, VERBRUGGE, H.P. (1987). Het kraambed. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr 1, 5-8.

ALTEN, D. VAN, KLOOSTERMAN, G.J. (1981). Kraamzorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr 50, 2063-2067.

BASTIAENEN, J., J. DRESMÉ (1989). Hoe de kraamzorg bevalt ...! Verslag van een onderzoek onder konsumenten van het kraamcentrum Amstelland en Meerlanden. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

COMMISSIE KEUZEN IN DE ZORG (COMMISSIE DUNNING) (1991). Kiezen en delen. Den Haag: Albani.

DIJKEMA, H. (1989). Dáárom vijfurs-kraamzorg! Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk / Kraamcentrum Amsterdam

EMANCIPATIERAAD (1992). Brief aan de minister-president, minister van Algemene Zaken, de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dd. 11 december 1992, kenmerk U-92/964/amadv.nr. III/38/92. 's Gravenhage: Emancipatieraad.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. (1975-1990) Kraamzorg verleend door de kraamcentra in de jaren 1975-1990. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Volksgezondheid.

GROENEWEGEN, P.P., A. KERKSTRA, G.A. JANSEN (1993). Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

KERSSENS J.J. (1991). Het oordeel van kraamvrouwen over thuishraamzorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

KERSSENS J.J. (1993). Vorm en duur van thuiskraamzorg naar het oordeel van kraamvrouwen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 71, 91-98.

KOOL VAN LANGENBERGHE H.V., J.J. KERSSENS, J. DEKKER, E.Chr. CURFS (1992). De vraag naar een aanvullende ziektekostenverzekering bij patiënten met een verhoogd risico voor fysiotherapie. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 70, 111-117.

KRUISVERENIGING AMSTELLAND EN MEERLANDEN E.O. (1990). Nota flexibele kraamzorg. Aalsmeer.

KRUISVERENIGING AMSTELLAND EN MEERLANDEN E.O. (1991). Evaluatierapport t.a.v. het experiment Flexibele Kraamzorg. Aalsmeer.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG, WERKGROEP KRAAMZORG (1990). Kraamzorg in de negentiger jaren. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG, WERKGROEP KRAAMZORG (1992a). Brief van de LVT aan de leden van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Modernisering Zorgsector: Weloverwogen verder. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG, WERKGROEP KRAAMZORG (1992b). Indicatiestelling kraamzorg. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1989). Regeringsstandpunt adviescommissie Kloosterman (verloskunde): brief van de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur. Gedr. St. Tweede Kamer 1988-1989, 20800 hfdst. xvi, nr. 163. Rijswijk: Ministerie van WVC.

MINISTERIE VAN WELZIJN VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1992a). Modernisering zorgsector. Weloverwogen verder. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1992b). Modernisering zorgsector. Brief van de staatssecretaris van WVC aan de Ziekenfondsraad dd. 14 december 1992, kenmerk VMP/VA-922263. Rijswijk: Ministerie van WVC.

MINNESMA-KRIJT G.E., M. ESKEs, D. VAN ALTEN (1989). Kraamzorg bij thuisbevallingen. Tijdschrift voor Verloskundigen; 14, 177-178.

NATIONALE KRUISVERENIGING (1985). Flexibele kraamzorg; een ontwikkeling binnen het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1986). Discussienota begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening. Zoetermeer.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1990). Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen. Zoetermeer.

NEDERLANDSE ORGANISATIE VAN VERLOSKUNDIGEN (1993). Brief aan de leden van de Commissie Verstrekkingen, Ziekenfondsraad dd. 1 maart 1993, kenmerk JZ/JL/GVM/6596. Bilthoven: Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERGEHEESKUNDE (1993). Brief aan de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad d.d. 23 februari 1993, ref. LJ/md U 93-106. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

NUIJENS W., J. COLLARIS (1989). Marktonderzoek VNZ. Inzet 2, 3-14.

PROJECTGROEP 'ZELFSTANDIG FUNCTIONEREN' (1990). Zorgplan. Kraamcentrum Haringvliet, Hellevoetsluis.

RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK (1990). Advies. Kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's Gravenhage.

STAATSBLAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN (1991). Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Staatsblad nr. 590.

TREFFERS P.E., D. VAN ALTEN (1992). Brief aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid dd. 28 december 1992. Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam; Academisch Medisch Centrum.

VERBRUGGE, H.P. (1968). Kraamzorg bij huisbevallingen. Evaluatie van resultaten. Groningen: Wolters-Noordhoff N.V., dissertatie.

WIERDA, L.F. (1989). "De keten is zo sterk als de zwakste schakel" Zonder thuishraamzorg geen thuisbevalling.

ZIEKENFONDSRAAD (1982). Indicatielijst klinisch kraambed. Circulaire nr. 155/82. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

ZIEKENFONDSRAAD (1990). Functiegerichte omschrijving van aanspraken op het terrein van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging; nummer 485. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

ZIEKENFONDSRAAD (1991). Functiegerichte omschrijving van aanspraken op het terrein van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging; verdere uitwerking; nummer 523. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

**BIJLAGE I**

Lijst met namen van instellingen die het vooronderzoek  
financieel mogelijk hebben gemaakt

St. Kraamzorg Het Groene Kruis  
Postbus 4050  
9701 EB GRONINGEN

Kraamcentrum Zuid-Kennemerland  
Kenaupark 15-17  
2011 MR HAARLEM

Distr. Kruisver. Oost-Veluwe  
Jean Monnetpark 4  
7336 AD APELDOORN

Kraamcentrum Noordhol. Noorden  
Postbus 2010  
1780 BB DEN HELDER

St. Kruiswerk Friesland Noord  
Tadingastraat 1  
8932 PJ LEEUWARDEN

Kraamcentrum West Friesland  
Postbus 142  
1620 AC HOORN

Thuiszorg IJssel-Zwartewater  
De la Sablonièrekade 6  
8261 JN KAMPEN

Het Groene Kruis Noord-Limburg  
Drie Decembersingel 48  
5921 AC BLERICK

Kraamcentrum West-Veluwe  
Stationsweg 114  
6711 PZ EDE

St. Prov. Kraamzorg Zeeland  
Postbus 79  
4460 AB GOES

Kruisver. Enschede-Haaksbergen  
Boulevard 1945 - 460  
7511 AL ENSCHEDE

Het Groene Kruis Oostelijk Zuid-  
Limburg  
Postbus 2690  
6401 DD HEERLEN

Kraamcentrum Rivierenland  
De Panoven 29  
4191 GW GELDERMALSEN

Het Groene Kruis Midden-Limburg  
Jo Hanssenstraat 4-6  
6041 GG ROERMOND

Kraamcentrum Zaanstreek  
Tuinstraat 6  
1506 VX ZAANDAM

Groene Kruis West-Mijnstreek  
Vijverweg 28  
6133 AR SITTARD

St. Thuiszorg Rotterdam  
Zomerhofstraat 71  
3032 CK ROTTERDAM

Thuiskraamzorg Duin- en  
Bollenstreek  
Nieuwe Zeeweg 82  
2202 HB NOORDWIJK

St. Haags Kruiswerk  
Thuiskraamzorg  
De La Reyweg 297  
2571 AA DEN HAAG

Kraamcentrum Rijn- en Veenstreek  
V. Nesstraat 6a  
2404 AV ALPHEN A/D RIJN

St. centrum voor kraamzorg voor  
Woerden e.o.  
Utrechtsestraat 50  
3445 AS WOERDEN

St. K.c. Alblasserwaard en  
Vijfh.landen  
Stationsstraat 23  
3371 AX HARDINXVELD-  
GIESSENDAM

St. Interkruis centrum voor  
kraamzorg "Gouwe, Lek en IJssel"  
De La Reylaan 45  
2806 DA GOUDA

St. Thuiskraamzorg "Drechtstreek"  
Houtzaagmolen 101/102  
2986 GE RIDDERKERK

St. Thuiskraamzorg "Haringvliet"  
Postbus 1185  
3220 BD HELLEVOETSLUIT

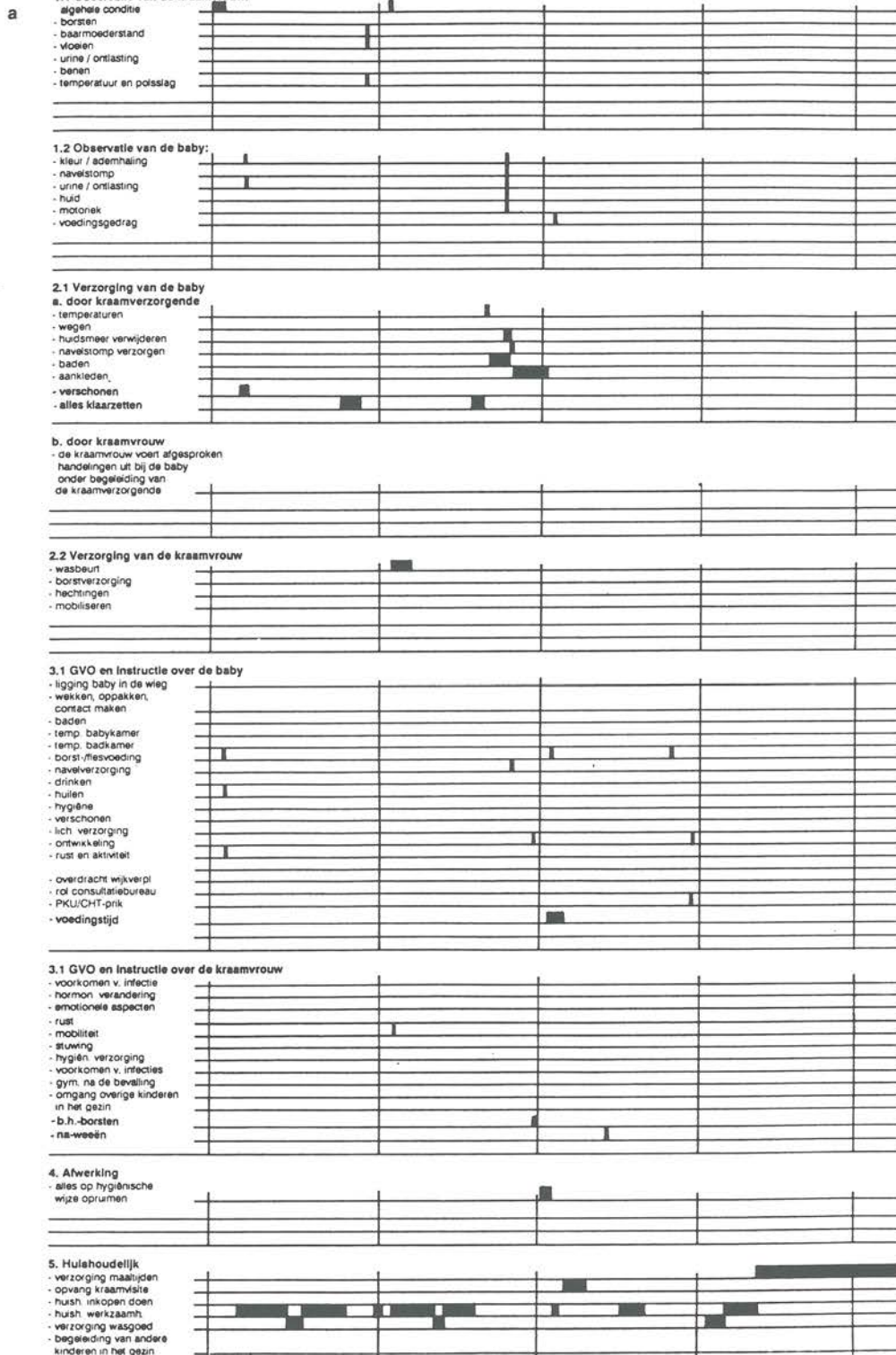
Vereniging Interkruis  
centrum voor kraamzorg in de  
Hoekse Waard  
Postbus 1202  
3260 AE OUD BEIJERLAND

St. Kraamcentrum Maassteden  
Interkruis  
Schiedamseweg 99  
3134 BE VLAANDEREN

St. Het Groenen Kruis Heuvelland  
Postbus 1307  
6201 BH MAASTRICHT



Tijd: 8.00 8.15 8.30 8.45 9.00 9.15 9.30 9.45 10.00 10.15 10.30 10.45 11.00 11.15 11.30 11.45 12.00 12.15



|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Tijd: | 12.30 | 12.45 | 13.00 | 13.15 | 13.30 | 13.45 | 14.00 | 14.15 | 14.30 | 14.45 | 15.00 | 15.15 | 15.30 | 15.45 | 16.00 | 16.15 | 16.30 | 17.00 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

1.1 Observatie van de kraamvrouw:

- algehele conditie
- borsten
- baarmoederstand
- vloeren
- urine / ontlasting
- benen
- temperatuur en poisslag

1.2 Observatie van de baby:

- kleur / ademhaling
- navelstomp
- urine / ontlasting
- huid
- motoriek
- voedingsgedrag

## 2.1 Verzorging van de baby

a. door kraamverzorgende

- temperatuur
- wagen
- huid meer verwijderen
- navelstomp verzorgen
- baden
- aankleden
- verschoonen

## b. door kraamvrouw

- de kraamvrouw voert afgesproken handelingen uit bij de baby onder begeleiding van de kraamverzorgende

## 2.2 Verzorging van de kraamvrouw

- wasbeurt
- borstverzorging
- hechtingen
- mobiliseren

### 3.1 GVO en instructie over de baby

- ligging baby in de wieg
  - wakken, oppakken,
  - contact maken
  - baden
  - temp. babykamer
  - temp. badkamer
  - borst-/flisolvoeding
  - navelverzorging
  - drinken
  - huilen
  - hygiëne
  - verschonen
  - lich. verzorging
  - ontwikkeling
  - rust enactiviteit
- overdracht wijkverpl.
  - rol consultatiebureau
  - PKU/CHT-prik
  - voedingstijd

### 3.1 GVO en instructie over de kraamvrouw

- voorkomen v. infectie
- hormon. verandering
- emotionele aspecten
- rust
- mobiliteit
- stuwling
- hygiën. verzorging
- voorkomen v. infecties
- gym. na de bevalling
- omgang overige kinderen
- in het gezin
- mictie

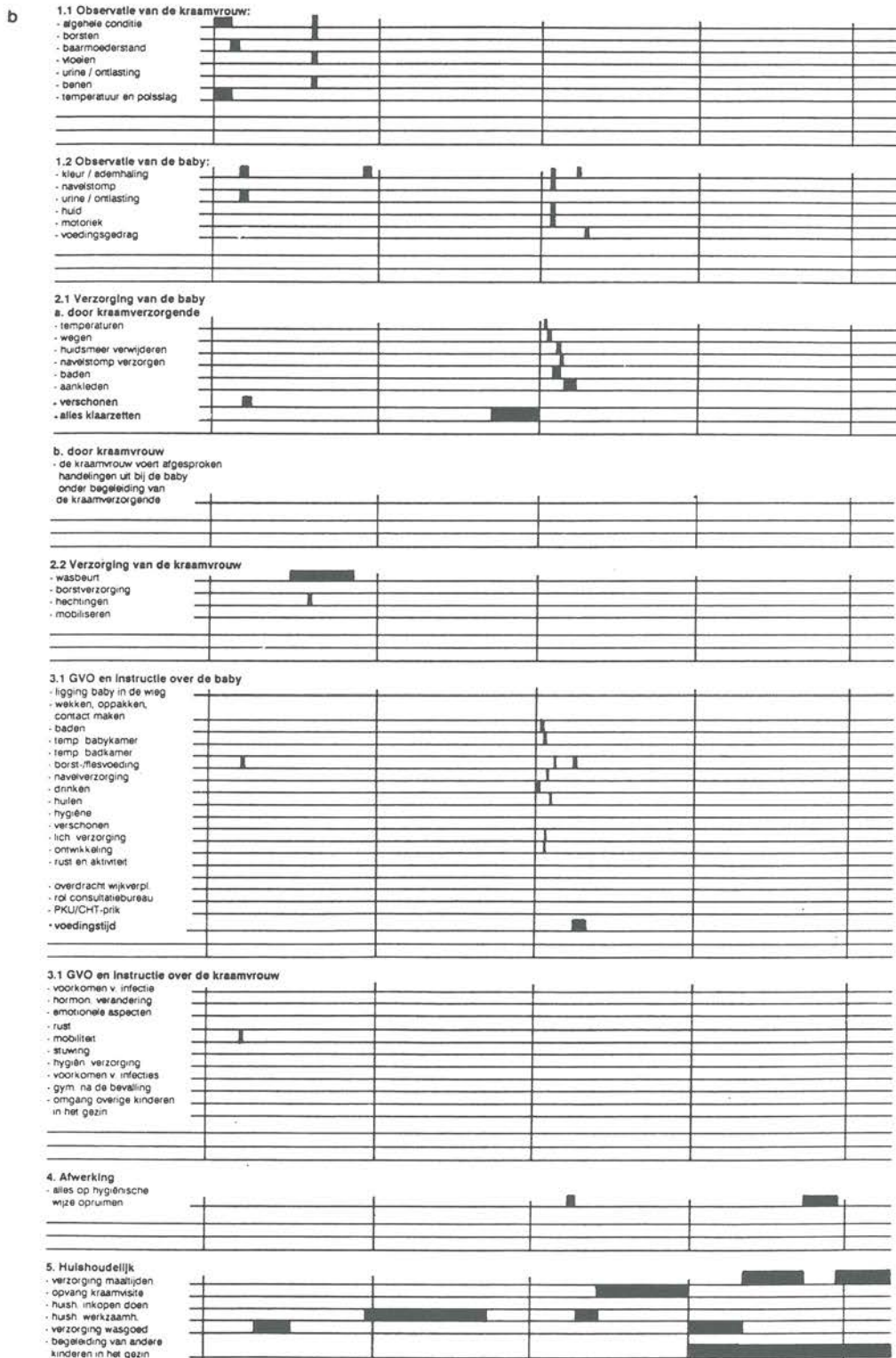
#### 4. Afwerking

- alles op hygiënische wijze opruimen

## 5. Hulshoudelijk

- verzorging maaltijden
- opvang kraamvisite
- huish. inkopen doen
- huish. werkzaamh.
- verzorging wasgoed
- begeleiding van andere kinderen in het gezin

Tijd: 8.00 8.15 8.30 8.45 9.00 9.15 9.30 9.45 10.00 10.15 10.30 10.45 11.00 11.15 11.30 11.45 12.00 12.15



Tijd: 12.30 12.45 13.00 13.15 13.30 13.45 14.00 14.15 14.30 14.45 15.00 15.15 15.30 15.45 16.00 16.15 16.30 17.00

#### 1.1 Observatie van de kraamvrouw:

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - algemene conditie       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borsten                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baarmoederstand         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - vloeren                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - urine / ontlasting      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - benen                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temperatuur en polsslag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 1.2 Observatie van de baby:

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - kleur / ademhaling |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - navelstomp         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - urine / ontlasting |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huid               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - motoriek           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voedingsgedrag     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 2.1 Verzorging van de baby

|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a. door kraamverzorgende |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temperatuur            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - wegen                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huidsmeer verwijderen  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - navelstomp verzorgen   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baden                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - aankleden              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verschonen             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### b. door kraamvrouw

|                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - de kraamvrouw voert afgesproken handelingen uit bij de baby onder begeleiding van de kraamverzorgende |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 2.2 Verzorging van de kraamvrouw

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - wasbeurt        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borstverzorging |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hechtingen      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - mobiliseren     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 3.1 GVO en instructie over de baby

|                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - ligging baby in de wieg           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - wikkelen, oppakken, contact maken |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baden                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temp. babykamer                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temp. badkamer                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borst-/tussenvoeding              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - zuigvervoeding                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - drinken                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huielen                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hygiëne                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verschonen                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - lich. verzorging                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - ontwakking                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - rust en activiteit                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - overdacht wijkverpl.              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - rol consultatiebureau             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - PKU/CHT-prik                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voedingstijd                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 3.1 GVO en instructie over de kraamvrouw

|                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - voorkomen v. infectie                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hormoon. verandering                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - emotionele aspecten                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - rust                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - mobiliteit                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - stuwring                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hygiëne, verzorging                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voorkomen v. infecties               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - gym. na de bevalling                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - omgang overige kinderen in het gezin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 4. Afwerking

|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - alles op hygiënische wijze opruimen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 5. Huishoudelijk

|                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - verzorging maaltijden                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - opvang kraamvisite                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huish. inkopen doen                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huish. werkzaamh.                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verzorging wasgoed                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - begeleiding van andere kinderen in het gezin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

b

C

- algemene conditie
- borsten
- baarmoederstand
- vloeren
- urine / ontlasting
- benen
- temperatuur en poisslag

- kleur / ademhaling
- navelstomp
- urine / ontlasting
- huid
- motoriek
- voedingsgedrag

a. door kraamverzorgende

- temperaturen
- wegen
- huidsmeer verwijderen
- navelstomp verzorgen
- baden
- aankleden
- verschonen
- alles klaarzetten

- b. door kraamvrouw  
- de kraamvrouw voert afgesproken handelingen uit bij de baby onder begeleiding van de kraamverzorgende

- wasbeurt
- borstverzorging
- hechten
- mobiliseren

- ligging baby in de wieg
- wekken, oppakken, contact maken
- baden
- temp. babykamer
- temp. badkamer
- borst-/melvoeding
- navelverzorging
- drinken
- huilen
- hygiëne
- verschonen
- lich. verzorging
- ontwikkeling
- rust en activiteit

- overdracht wijkverpleger
- rol consultatiebureau
- PKU/CHT-prik
- voedingstijd

- voorkomen v. infectie
- hormon. verandering
- emotionele aspecten
- rust
- mobiliteit
- stuwijng
- hygiën. verzorging
- voorkomen v. infecties
- gym. na de bevalling
- omgang overige kinderen in het gezin
- hechtingen
- stoelsels

- alles op hygiënische wijze opruimen

- 5. Hulshoudelijk**
- verzorging maaltijden
  - opvang kraamvisite
  - huish. inkopen doen
  - huish. werkzaamh.
  - verzorging wasgoed
  - begeleiding van andere kinderen in het gezin

Tijd: 12.30 12.45 13.00 13.15 13.30 13.45 14.00 14.15 14.30 14.45 15.00 15.15 15.30 15.45 16.00 16.15 16.30 17.00

#### 1.1 Observatie van de kraamvrouw:

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - algemene conditie       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borsten                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baarmoederstand         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - vloeren                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - urine / ontlasting      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - benen                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temperatuur en poisslag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 1.2 Observatie van de baby:

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - kleur / ademhaling |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - navelstomp         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - urine / ontlasting |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huid               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - motoriek           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voedingsgedrag     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 2.1 Verzorging van de baby

|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a. door kraamverzorgende |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temperatuur            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - wegen                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huidsmeer verwijderen  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - navelstomp verzorgen   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baden                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - aankleden              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verschonen             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### b. door kraamvrouw

|                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - de kraamvrouw voert afgesproken handelingen uit bij de baby onder begeleiding van de kraamverzorgende |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 2.2 Verzorging van de kraamvrouw

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - wasbeurt        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borstverzorging |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hechtingen      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - mobiliseren     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 3.1 GVO en instructie over de baby

|                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - ligging baby in de wieg         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - wakken, oppakken, contact maken |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - baden                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temp. babykamer                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - temp. badkamer                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - borst-/nivoeding                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - navelverzorging                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - drinken                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huten                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hygiëne                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verschonen                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - lich. verzorging                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - ontwikkeling                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - rust en activiteit              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - overdracht wijkverpl.           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - tot consultatiebureau           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - PKU/CHT-prik                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voedingstijd                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 3.1 GVO en instructie over de kraamvrouw

|                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - voorkomen v. infectie                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hormon. verandering                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - emotionele aspecten                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - rust                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - mobiliteit                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - stuwling                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - hygiën. verzorging                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - voorkomen v. infecties               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - gym. na de bevalling                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - omgang overige kinderen in het gezin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 4. Afwerking

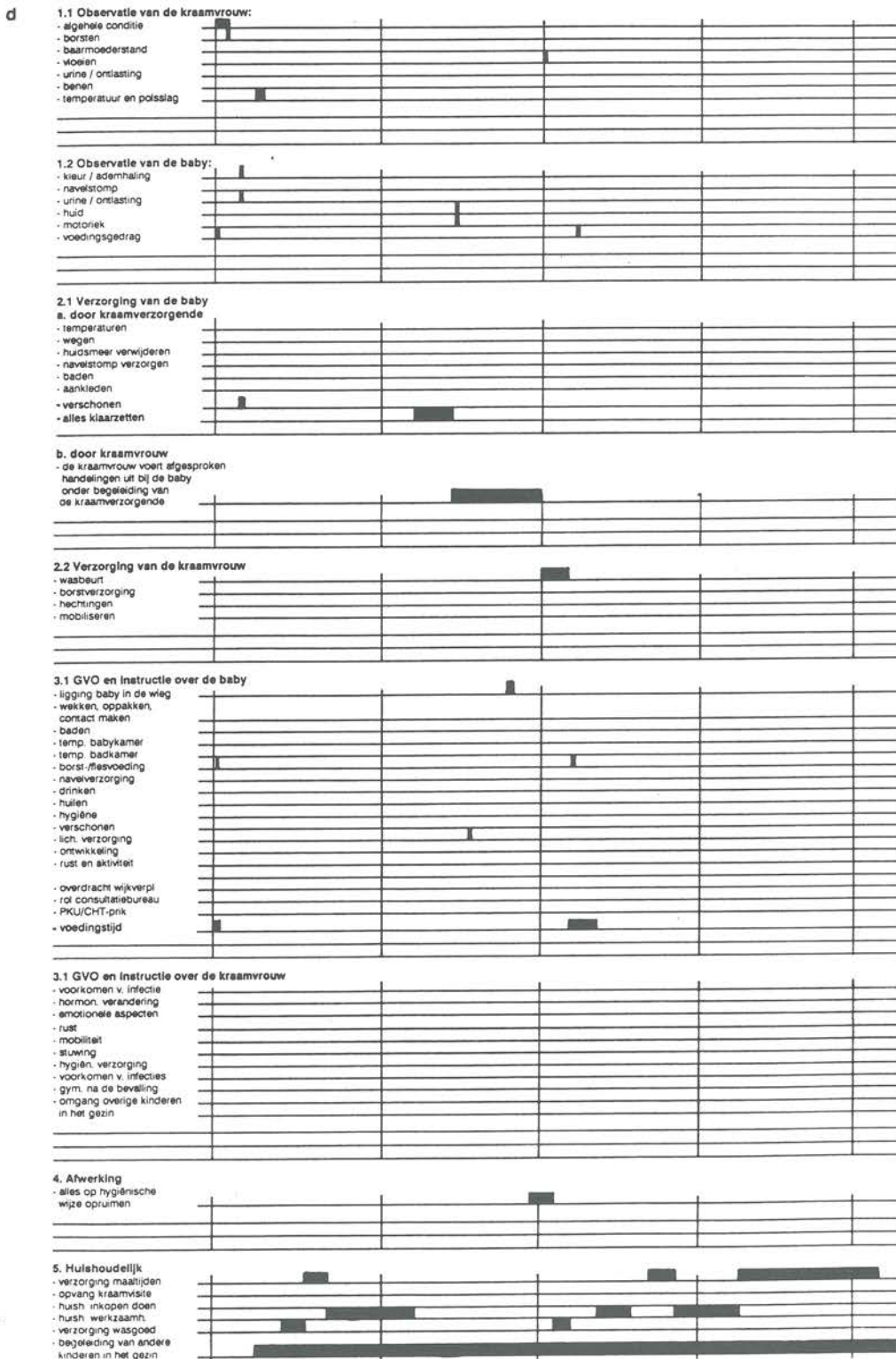
|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - alles op hygiënische wijze opruimen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 5. Huishoudelijk

|                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - verzorging maaltijden                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - opvang kraamvisite                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huish. inkopen doen                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - huish. werkzaamh.                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - verzorging wasgoed                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - begeleiding van andere kinderen in het gezin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

C

Tijd: 8.00 8.15 8.30 8.45 9.00 9.15 9.30 9.45 10.00 10.15 10.30 10.45 11.00 11.15 11.30 11.45 12.00 12.15



|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Tijd: | 12.30 | 12.45 | 13.00 | 13.15 | 13.30 | 13.45 | 14.00 | 14.15 | 14.30 | 14.45 | 15.00 | 15.15 | 15.30 | 15.45 | 16.00 | 16.15 | 16.30 | 17.00 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

1.1 Observatie van de kraamvrouw:

- algemene conditie
- borsten
- baarmoederstand
- vloeren
- urine / ontlasting
- benen
- temperatuur en poisslag

1.2 Observatie van de baby:

- kleur / ademhaling
- navelstomp
- urine / ontlasting
- huid
- motoriek
- voedingsgedrag

## 2.1 Verzorging van de baby

a. door kraamverzorgende

- temperatuur
- wegen
- huidsmeer verwijderen
- navelstomp verzorgen
- baden
- aankleden
- verschonen

## b. door kraamvrouw

- de kraamvrouw voert afgesproken handelingen uit bij de baby onder begeleiding van de kraamverzorgende

## 2.2 Verzorging van de kraamvrouw

- wasbeurt
- borstverzorging
- hechten
- mobiliseren

### 3.1 GVO en instructie over de baby

- ligging baby in de wieg
  - wekken, oppakken,
  - contact maken
  - baden
  - temp babykamer
  - temp badkamer
  - borst-/flesvoeding
  - navelverzorging
  - drinken
  - huilen
  - hygiëne
  - verschoenen
  - lich verzorging
  - ontwikkeling
  - rust op activiteit
- overdracht wijkverp.
  - rai consultatiebureau
  - PKU/CHT-prik
  - voedingstaat

### 3.1 GVO en instructie over de kraamvrouw

- voorkomen v. infectie
- hormon. verandering
- emotionele aspecten
- rust
- mobiliteit
- stuwling
- hygiën. verzorging
- voorkomen v. infecties
- gym. na de bevalling
- omgang overige kinderen in het gezin

#### 4. Afwerking

- alles op hygiënische wijze opruimen

## 5. Hulshoudelijk

- verzorging maaltijden
- opvang kraamvisite
- huish. inkopen doen
- huish. werkzaamh.
- verzorging wasgoed
- begeleiding van andere kinderen in het gezin

