

# KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE KRAAMZORG

Kraamcentra, callcentra en verloskundigen

B.J.M.Welling  
T.A.Wiegers

maart 2001



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729

**Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)**  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030-2729700

B.J.M.Welling

Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Kraamcentra, callcentra en verloskundigen  
/B.J.M.Welling, T.A.Wiegers

Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Met lit.opg.

ISBN 90-6905-524-4

Trefw.: kraamzorg, kwaliteit, toegankelijkheid, kwaliteitseisen

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## VOORWOORD

Dit onderzoek naar kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in de activiteiten die kraamzorgaanbieders ontplooiën en de middelen die zij aanwenden om de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg te bevorderen en te waarborgen.

De bevindingen in dit rapport zijn gebaseerd op telefonische enquêtes met contactpersonen van kraamcentra, callcentra en verloskundige praktijken. Op deze plaats willen wij hen allen van harte bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek.

Ten behoeve van dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld waarin verschillende partijen, die elk op een eigen manier zijn betrokken bij kraamzorg, zijn vertegenwoordigd. Ook hen willen wij bedanken voor hun deskundige bijdrage en betrokkenheid bij het tot stand komen van dit rapport.

De begeleidingscommissie was als volgt samengesteld:

Dhr. W. Klop, CVZ, voorzitter

Mw. R. Van Vliet, IGZ, later vervangen door Mw. R. de Boer, IGZ

mw. L. Aten, KNOV

Mw. R. Verheggen, STING

Mw. J. Oskam, LVT, later vervangen door Mw. S. Bruijns, LVT

Mw. J. Pattiwael, VWS

Dhr. A. Martens, ZN, later vervangen door Mw. J. van Duren, ZN

Mw. A. Splinter, BTN



# KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE KRAAMZORG

## Kraamcentra, callcentra en verloskundigen

INHOUDSOPGAVE		pag
<b>1.</b>	<b>ALGEMENE INLEIDING</b>	7
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	7
1.2	De BasisKwaliteitseisen Kraamzorg	9
1.3	Doelstelling en vraagstellingen	10
1.4	Methoden	12
1.5	Opbouw van het rapport	12
<b>2.</b>	<b>SAMENVATTING EN CONCLUSIES</b>	13
2.1	Kraamzorgaanbieders	13
2.2	Callcentra	17
2.3	Verloskundigen	18
2.4	Conclusies	20
<b>DEEL A: KRAAMZORGAANBIEDERS</b>		23
<b>DEEL B: CALLCENTRA</b>		65
<b>DEEL C: VERLOSKUNDIGEN</b>		81
<b>LITERATUUR</b>		101
<b>BIJLAGE 1: Beschikbaarheid kwaliteitsnormen kraamcentra</b>		103
<b>BIJLAGE 2: Omvang, functie, kwaliteitsnormen en afspraken callcentra</b>		113



# 1. ALGEMENE INLEIDING

## 1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Dit onderzoek heeft betrekking op de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg in Nederland. Kraamzorg is professionele hulp in de thuissituatie tijdens de eerste week tot tien dagen na de geboorte van een kind. In Nederland kunnen vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap en een laag risico op obstetrische complicaties thuis bevallen als zij dat willen (Wiegers, 1997). Dit voor West-Europa unieke systeem kan in stand worden gehouden mede dankzij het feit dat zwangeren op kraamzorg aanspraak kunnen maken.

Kraamzorg houdt in dat bij de thuisbevalling (en in sommige gevallen ook bij een poliklinische bevalling) een kraamverzorgende de verloskundige of huisarts assisteert. Verder zorgt de kraamverzorgende de eerste dagen na de bevalling voor moeder en kind, geeft voorlichting over de zorg voor het kind, levert een bijdrage aan de verzorging van andere gezinsleden en voert huishoudelijke activiteiten uit. Ook vrouwen die niet thuis bevallen hebben recht op kraamzorg, maar dan met aftrek van het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht.

Om voor kraamzorg in aanmerking te komen moet een zwangere zich aanmelden bij een kraamcentrum. Dit kan rechtstreeks of via haar zorgverzekeraar, die de aanmelding doorgeeft aan het kraamcentrum dat de zorg zal gaan verlenen. Ook kan een zwangere zich aanmelden bij een zogenaamd 'callcentrum', dat fungeert als intermediair tussen zorgverzekeraar en kraamcentrum.

Naar aanleiding van negatieve berichten uit het veld vooral van de zijde van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), gaf Minister Borst-Eilers de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 1998 opdracht om een onderzoek uit te zetten naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg en de aard en inhoud van de contracten die kraamcentra met zorgverzekeraars afsluiten. Uit dat onderzoek, uitgevoerd door het Nivel, bleek dat vrijwel alle centra aangesloten bij de LVT of Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN) contracten met zorgverzekeraars hadden afgesloten. Echter van de groep 'overige centra', dat wil zeggen kraamcentra die noch waren aangesloten bij de LVT noch bij BTN, beschikte de helft niet over dergelijke contracten. Een reden hiervoor is niet vermeld, maar aangenomen mag worden dat deze centra alleen kraamzorg bieden aan particulier verzekerden. Daar waar LVT-, BTN of 'overige' centra wel contracten hadden afgesloten, lag veelal de nadruk op afspraken over het aantal uren kraamzorg. Ook over bereikbaarheid en klachtenbehandeling waren vaak afspraken gemaakt. Daarentegen waren over de deskundigheid en opleiding van kraamverzorgenden relatief weinig afspraken vastgelegd (El Fakiri e.a., 1999b).

In de gezondheidszorg is gekozen voor een nieuwe bestuurlijke aanpak in de vorm van meerjarenafspraken tussen veldpartijen en de overheid. Vanwege de onrust in de kraamzorg zijn in de meerjarenafspraken van 1998, als uitvloeisel van het najaarsakkoord 1998, de volgende maatregelen afgesproken (MJA, 1998: zie ook Borst-Eilers, brief van 10 november 1999).

- Ontwikkeling van BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, waarin het begrip verantwoorde zorg uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen voor zowel kraamzorgaanbieders als zorgverzekeraars nader wordt geconcretiseerd.
- Opzet van verkorte opleidingen tot kraamverzorgenden, teneinde het hoofd te bieden aan de tekorten aan personeel.

- Aanpassingen van de tariefstructuur, zodat voldoende (bij)scholing van kraamverzorgende wordt gegarandeerd en ook tegemoet gekomen wordt aan de relatief hoge kosten voor kortdurende zorg.

Inmiddels zijn door de betrokken partijen BasisKwaliteitseisen Kraamzorg ontwikkeld en vastgesteld (LVT/LCK/BTN/KNOV/STING/ZN, 1999). Ook zijn er twee soorten verkorte opleidingen gestart (in 1998/1999 en 1999/2000): een kortdurende cursus van 9 - 12 maanden voor mensen die in een andere sector van de zorg zijn opgeleid en een cursus van 18 maanden voor mensen die nog geen enkele opleiding in de zorgsector hebben genoten. De LVT (via (STOC) en de BTN (via Stichting Zorgcollege Nederland) zijn betrokken bij de vormgeving van beide verkorte cursussen (Kerstens e.a. 2000).

Ondanks dat er nu BasisKwaliteitseisen zijn en de eerste cursisten op de verkorte opleidingen zijn afgestudeerd, duurt de onrust in de kraamzorg nog voort. In een schrijven van 24 september 1999 aan de Tweede Kamer wijst de LVT erop dat ondanks de genomen maatregelen het tekort op de arbeidsmarkt nog niet is verdwenen en de problemen ten aanzien van kwaliteit nog niet zijn opgelost. De LVT schrijft dat nog steeds uurtarieven overeen gekomen worden die ver onder de kostprijs van de kraamzorginstellingen liggen. Omdat kortdurende zorg relatief hoge kosten per uur met zich meebrengt (vanwege de ongunstige verhouding van reizen en overheadkosten ten opzichte van zorgkosten), voelt een deel van hun lid-instellingen zich gedwongen te selecteren bij de inschrijving door zich vooral te richten op cliënten van de grootste zorgverzekeraars en cliënten die een maximum aantal uren zorg willen ontvangen. Deze selectie zou vooral leiden tot problemen in de toegankelijkheid van de kraamzorg voor allochtonen, een doelgroep waarvan bekend is dat deze vaak weinig uren kraamzorg wil hebben (El Fakiri e.a., 1999a). In datzelfde schrijven signaleert de LVT een voortdurende afname van de omvang van de geboden zorg op instigatie van zorgverzekeraars. Hierdoor hebben kraamzorgaanbieders minder mogelijkheden om de zorg te verlenen die vanuit professioneel oogpunt noodzakelijk is. Tevens wijst de LVT op de ontwikkeling met betrekking tot meldpunten van zorgverzekeraars voor kraamzorg, de zogenaamde 'callcentra'. Sommige callcentra voeren volgens de LVT ook een deel van het primaire proces uit in de zin dat zij de zorgbehoefte vaststellen en een 'passend aanbod' formuleren. Het is echter onduidelijk of deze callcentra de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg waarborgen.

Er worden er ook signalen uit het veld gegeven (bijvoorbeeld van de zijde van verloskundigen) dat de deskundigheid van cursisten van de verkorte opleidingen voor kraamverzorgenden tekort schiet. Vooral cursisten die de kortste opleidingsvariant van 6 - 9 maanden volgen zouden te weinig stage-ervaring opdoen en niet goed op de werkvloer worden begeleid tijdens en na hun opleiding. Ook daardoor zou de kwaliteit van kraamzorg in gevaar komen.

In een Algemeen Overleg van de Tweede Kamer hebben verschillende Kamerleden in september 1999 hun ongerustheid geuit over de voortdurende problemen in de kraamzorg. Naar aanleiding daarvan heeft Minister Borst-Eilers de IGZ verzocht om extra aandacht te besteden aan onder meer de kwaliteit van de kraamzorg (Borst-Eilers, brief van 28 september 1999), waarbij de BasisKwaliteitseisen als toetsingskader dienen voor de vraag of een zorgaanbieder verantwoordelijke zorg in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen levert. Ook heeft de Minister aan de IGZ gevraagd aandacht te besteden aan de 'callcentra' die soms in eigen beheer de kraamzorg organiseren en aan verzekeren kwaliteit, beschikbaarheid en een overzichtelijke organisatie van de kraamzorg zouden toezeggen. Tevens heeft de Minister de IGZ verzocht aandacht te besteden aan de kwaliteit van de verkorte kraamzorgopleidingen en de toegankelijkheid van de kraamzorg voor risicogroepen (Minister Borst-Eilers, brief van 5 november).



De IGZ heeft besloten de voornoemde aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg in kaart te brengen door middel van het voorliggende onderzoek dat uitgevoerd is door het Nivel.

## 1.2 De BasisKwaliteitseisen Kraamzorg

Zoals afgesproken in de meerjarenaafspraken voortvloeiend uit het najaarsakkoord 1998 tussen het ministerie van VWS en de meest betrokken veldpartijen, zijn zogenoemde BasisKwaliteitseisen voor de kraamzorg geformuleerd.

Deze BasisKwaliteitseisen geven concrete invulling aan het begrip 'verantwoorde zorg' als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen van 1996. Zorginstellingen moeten verantwoorde zorg leveren, waaronder de wet verstaat: van een goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De wet vereist verder een helder kwaliteitsbeleid, een kwaliteitssysteem en een kwaliteitsjaarverslag. De in de BasisKwaliteitseisen opgenomen normen voor de kraamzorg bieden kraamzorgaanbieders aanknopingspunten het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem verder te ontwikkelen en in te richten.

Aan het totstandkomen van de BasisKwaliteitseisen hebben de volgende partijen meegewerkt: de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg), de vereniging BTN (Branchebelang Thuiszorg Nederland), het LCK (Landelijk Centrum Kraamzorg), de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), Sting (beroepsvereniging voor verzorgenden) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland).

Bij de opbouw van de kwaliteitseisen is uitgegaan van de verschillende stappen die de cliënt doorloopt in het contact met de kraamzorgaanbieder, te beginnen bij de eerste informatievoorziening en aanmelding en eindigend bij de zorgafsluiting en -evaluatie. Daarnaast zijn overkoepelende eisen geformuleerd betreffende het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem, waarover elke kraamzorgaanbieder op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient te beschikken. Verder is expliciet ingegaan op afspraken met zorgverzekeraars en op keten-kwaliteit.

De BasisKwaliteitseisen richten zich op:

- 1 informatieverstrekking, aanmelding en intake (eisen zijn o.a.: de kraamzorgaanbieder verstrekt schriftelijke informatie, hanteert een procedure voor actualiseren van die informatie, is tijdens kantooruren bereikbaar voor informatie en aanmelding, geeft informatie en advies over de omvang van de zorg);
- 2 uitvoering van de zorg (o.a. de kraamzorgaanbieder is 24 uur per dag bereikbaar voor partusassistentie\* en kraamzorg, zorgt voor bij- en nascholing, maakt gebruik van zorgplannen en protocollen en hanteert een privacyreglement);
- 3 zorgafsluiting en -evaluatie (o.a. de kraamzorgaanbieder voert structureel periodieke evaluaties uit bij cliënten, geeft cliënten informatie over aansluitende zorg en hanteert overdrachtsformulieren);
- 4 kwaliteitsbeleid (o.a. de kraamzorgaanbieder heeft een op schrift vastgelegd kwaliteitsbeleid en doet minstens 1 maal per jaar openbaar verslag van het kwaliteitsbeleid);

\* Het voorbereiden op en assisteren bij de bevalling thuis, in een vervangende thuissituatie of in een poliklinische situatie en het verzorgen van moeder en kind tot minimaal twee uur na de geboorte van de placenta (LVT/LCK/BTN/KNOV/STING/ZN, 1999).

- 5 kwaliteitssystemen (o.a. de kraamzorgaanbieder hanteert en onderhoudt een kwaliteitssysteem en beschrijft taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers);
- 6 afspraken met zorgverzekeraars (o.a. de kraamzorgaanbieder maakt afspraken ten aanzien van de omvang van de te verlenen zorg, over het verlenen van extra zorg en over zorggarantie);
- 7 ketenkwaliteit (o.a. de kraamzorgaanbieder heeft beleid geformuleerd en ten uitvoer gebracht omtrent de afstemming met verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en jeugdgezondheidszorg).

Kraamzorgorganisaties en zorgverzekeraars zijn niet direct gehouden om de BasisKwaliteitseisen te gebruiken, met dien verstande, dat de branche-organisaties LVT, BTN en Zorgverzekeraars Nederland per 1-1- 2000 wel een zogenaamde Uitkomst van Overleg (UvO) op basis van de Ziekenfondswet hebben afgesloten, waarin de BasisKwaliteitseisen zijn geïncorporeerd. Dit betekent dat de BasisKwaliteitseisen voor kraamzorg gefinancierd vanuit de Ziekenfondswet voor de betreffende zorgaanbieder bindend zijn en dat deze als leidraad moeten dienen bij de invulling van het individueel door de zorgaanbieder en verzekeraar te sluiten contract. Op grond hiervan zullen de BasisKwaliteitseisen op grote schaal in de kraamzorg gebruikt worden om de kwaliteit van de kraamzorg te bevorderen en te bewaken. Binnen de UvO is een gewenningsperiode van twee jaar afgesproken voor de feitelijke implementatie van de BasisKwaliteitseisen. Dit betekent derhalve dat alle instellingen die aan ziekenfondsverzekerden kraamzorg bieden per 1-1- 2002 aan de eisen moeten voldoen. De LVT en BTN hebben het voldoen aan de kwaliteitseisen tevens tot lidmaatschapseis gemaakt zodat hun leden gehouden zijn ook de kraamzorg aan particulier verzekerden in overeenstemming te brengen met de kwaliteitsnormen van de BasisKwaliteitseisen. Alle overige, niet georganiseerde, (kraam)zorginstellingen zijn vanzelfsprekend altijd gehouden aan de Kwaliteitswet en dienen verantwoorde zorg te leveren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt op basis van de Kwaliteitswet toezicht op zorginstellingen en hanteert de BasisKwaliteitseisen als veldnormen. In het uiterste geval, bij een ernstig verval van normen, kan de Inspectie besluiten een zorginstelling te sluiten. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat het niet voldoen aan de BasisKwaliteitseisen kraamzorg niet wil zeggen dat er geen verantwoorde zorg geboden wordt. De gedachte is, dat de kans op verantwoorde zorg groter is indien uniform geformuleerde en algemeen aanvaarde normen gehanteerd worden. Een vervolgstap op het werken overeenkomstig de kwaliteitseisen is het zich laten certificeren door een onafhankelijke certificerende instelling. Bij een voldoende mate van implementatie van de kwaliteitseisen ontvangt de instelling een certificaat dat 3 jaar geldig is.

### 1.3 Doelstelling en vraagstellingen

Dit onderzoek heeft tot doel om inzicht te geven in het beleid van kraamzorgaanbieders ten aanzien van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Daartoe zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. Zijn kraamzorgaanbieders bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?
2. Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?
3. In welke mate houden callcentra van zorgverzekeraars zich bezig met het vaststellen

- van de behoefte aan kraamzorg en het formuleren van een zorgaanbod?
4. Hoe is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen enerzijds callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod en anderzijds kraamzorgaanbieders en verzekeraars?
  5. Zijn callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?
  6. Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door voornoemde callcentra?
  7. Passen kraamzorgaanbieders en callcentra selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?
  8. Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?

Toelichting bij vraag 2:

Onder *kwaliteit* van (kraam)zorg wordt in aansluiting bij de Kwaliteitswet zorginstellingen verstaan: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' (Staatsblad no.80, 1996).

Onder *toegankelijkheid* wordt verstaan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de (kraam)zorg voor de zorggebruiker (IGZ).

Activiteiten ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg betreffen activiteiten die genoemd worden in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, zoals: aanbieden van werkbegeleiding, bijscholing en stageplaatsen; afstemming met verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en jeugdgezondheidszorg; structurele periodieke evaluaties met cliënten, hanteren en onderhouden van een kwaliteitssysteem.

Middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg betreffen middelen genoemd in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, zoals: schriftelijke informatie voor cliënten; klachtenprocedures; privacyreglement; overdrachtsformulieren; protocollen; op schrift gesteld kwaliteitsbeleid.

Toelichting bij vraag 3 tot en met 6:

Callcentra die niet alleen de aanmelding verzorgen, maar ook het zorgaanbod bepalen, voeren een deel van het primaire zorgproces uit. In die zin zijn (de activiteiten en middelen die genoemd worden in) de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg ook op hen van toepassing.

Toelichting bij vraag 7:

Deze vraag is van belang om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van zorg voor allochtone kraamvrouwen. Criteria voor selectie kunnen bijvoorbeeld zijn of kraamvrouwen verzekerd zijn bij een grote zorgverzekeraar en of kraamvrouwen veel aaneengesloten uren kraamzorg willen ontvangen.

Toelichting bij vraag 8:

De kwaliteit van de begeleiding en het handelen van (ex)cursisten kan bijvoorbeeld bevorderd en bewaakt worden door stage- en werkbegeleiding, inwerkprogramma's en het hanteren van certificeringseisen.

Om deze vraagstellingen te kunnen beantwoorden zijn drie groepen van respondenten

benaderd: kraamcentra, callcentra en verloskundigen. De onderzoeksvragen 1, 2, 7 en 8 zijn van toepassing op het deelonderzoek bij kraamcentra. De onderzoeksvragen 3 tot en met 7 zijn van toepassing op het deelonderzoek bij callcentra. De onderzoeksvragen 2, 6, 7 en 8 zijn van toepassing op het deelonderzoek bij verloskundigen.

Voor het onderzoek bij verloskundigen moet aan vraagstelling 6 een vraag vooraf gaan, namelijk: "In hoeverre zijn verloskundigen bekend met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod?"

Ook aan vraagstelling 8 moet voor de verloskundigen een vraag toegevoegd worden, namelijk: "In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?" Bovendien moet voor verloskundigen vraagstelling 8 anders geformuleerd worden, omdat zij niet direct zicht hebben op de wijze waarop de kwaliteit wordt bevorderd en bewaakt. Wel kunnen zij een oordeel geven over de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen in de praktijk. De vraagstelling wordt daarom als volgt: "Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?"

## **1.4 Methoden**

Voor dit onderzoek zijn telefonische enquêtes gehouden met contactpersonen van kraamcentra, callcentra en verloskundige praktijken. Voor het deelonderzoek bij kraamcentra zijn alle kraamcentra in Nederland, voor zover bekend bij de Inspectie, aangeschreven met het verzoek aan dit onderzoek mee te werken. Voor het deelonderzoek bij callcentra zijn alle zorgverzekeraars aangeschreven en voor het deelonderzoek bij verloskundigen is een steekproef van 100 verloskundige praktijken aangeschreven. Alle instellingen werden benaderd met een brief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en konden door middel van een antwoordformulier aan het Nivel laten weten of ze mee wilden werken en wie hun contactpersoon was. Deze persoon kreeg vervolgens de betreffende vragenlijst (voor kraamcentra, voor callcentra of voor verloskundigen) toegestuurd en werd door een enquêteur van het Nivel gebeld. De vooraf toegestuurde vragenlijsten waren bedoeld ter voorbereiding op de telefonische enquête en hoefden niet te worden teruggestuurd.

## **1.5 Opbouw van het rapport**

In het hierna volgende hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de verschillende deelonderzoeken bij kraamcentra, callcentra en verloskundigen. Daarbij worden conclusies geformuleerd, waarin de resultaten uit de drie deelonderzoeken met elkaar in verband gebracht worden om tot een beter inzicht te komen in het beleid dat door kraamzorgaanbieders en callcentra wordt gehanteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg te bevorderen en/of te handhaven.

De onderzoeken zelf zijn beschreven in drie deelrapporten. In deel A is het onderzoek bij kraamzorgaanbieders uitgebreid beschreven. In deel B is een beschrijving gegeven van het deelonderzoek bij callcentra en in deel C wordt het deelonderzoek onder verloskundigen beschreven.

## 2. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### 2.1 Kraamzorgaanbieders

Aan dit onderzoek hebben 89 kraamzorgaanbieders meegewerkt, 44 LVT-leden, 18 BTN-leden en 27 overige kraamzorgaanbieders. Uit navraag bij LVT en BTN blijkt dat de deelnamepercentages hoog zijn: 44 van de 45 de LVT-leden die kraamzorg bieden (98 procent) en 18 van de 29 BTN-leden die kraamzorg bieden (62 procent). Het is niet bekend hoeveel 'overige' kraamzorgaanbieders, dat wil zeggen: niet bij LVT of BTN aangesloten kraamzorgaanbieders, er in totaal zijn (van 28 adressen is geen reactie ontvangen en is dus niet bekend of daar nog kraamzorg wordt geboden), dus hun deelnamepercentage kan niet vastgesteld worden. Om een indruk te krijgen van de volledigheid van de deelname is, op basis van het door de organisaties opgegeven aantal cliënten in 1999, een inschatting gemaakt van het totaal aantal cliënten dat in 1999 kraamzorg ontving van de in dit onderzoek deelnemende kraamzorgaanbieders. In 1999 zijn er ruim 200.000 kinderen geboren en naar schatting ruim 187.000 kraamvrouwen ontvingen zorg van één van de deelnemers in dit onderzoek. Deze schatting is aan de hoge kant, want het zou betekenen dat bij meer dan 90 procent van alle pasgeborenen in Nederland kraamzorg verleend is door één van de instellingen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, terwijl tenminste 12 instellingen niet hebben meegewerkt (elf BTN-leden, een LVT-lid en een onbekend aantal niet bij LVT of BTN aangesloten kraamzorgaanbieders). Toch kunnen we op grond hiervan wel concluderen dat de gegevensverzameling redelijk compleet is. Het marktaandeel van de LVT-leden in het totaal aan kraamzorg komt neer op ongeveer 75 procent, dat van BTN-leden op 17 procent en dat van de overige kraamzorgaanbieders op ongeveer 8 procent. Het analyseren en presenteren van de resultaten gebeurt op instellingsniveau, dat wil zeggen dat geen rekening gehouden wordt met de verschillende marktaandelen.

Meestal melden cliënten die kraamzorg willen zich zelf rechtstreeks aan bij het kraamcentrum, maar cliënten kunnen zich ook aanmelden bij hun zorgverzekeraar of bij een callcentrum dat er vervolgens voor zorgt dat de aanvraag doorgestuurd wordt naar een kraamzorgaanbieder. Ongeveer een vijfde van alle aanvragen verloopt via een callcentrum van een zorgverzekeraar. Gemiddeld heeft een kraamcentrum te maken met één callcentrum, maar bijna één op de drie krijgt geen aanmeldingen via een callcentrum binnen. Of en hoeveel kraamzorg vervolgens geleverd wordt hangt dikwijls af van de manier waarop de aanvrager verzekerd is (ziekenfonds of particulier) en van de vraag of het kraamcentrum een contract heeft met de zorgverzekeraar van de aanvrager. Gemiddeld heeft een kraamzorgaanbieder een contract met 1 à 2 zorgverzekeraars. Het aantal cliënten per kraamcentrum kan uiteenlopen van minder dan honderd tot meer dan vijfduizend per jaar.

De eerste vraagstelling met betrekking tot de kraamzorgaanbieders was: "Zijn kraamzorgaanbieders bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?" De kraamcentra aangesloten bij LVT of BTN zijn nagenoeg allemaal op de hoogte van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg (98 respectievelijk 89%). Voor de overige niet aangesloten centra is dit tweederde (67%). De LVT- en BTN-leden zijn eveneens bijna allemaal op de hoogte van het feit dat men op 1-1-2002 aan deze eisen moet voldoen (96 respectievelijk 89%). Voor de 'overige' centra is dit iets meer dan helft (56%). Twaalf van de 44 LVT-leden (27%) en drie van de 18 BTN-leden (17%) hebben de implementatie afgerond. Geen van de overige centra is al zover. Meer dan de helft van het totaal aantal centra (58%) heeft aangegeven bezig te zijn met de implementatie van deze eisen. Het merendeel is bezig met het vastleggen van interne procedures en werkwijzen, ongeveer eenderde werkt aan het vastleggen van procedures met andere kraamzorgaanbieders

en een kwart werkt aan afspraken met andere zorgverleners.

Concluderend kan gesteld worden dat LVT- en BTN-leden vaker op de hoogte zijn van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg dan de niet bij een van beide branche-organisaties aangesloten kraamcentra. Wat betreft de implementatie van de eisen kan geconcludeerd worden dat de centra zich in eerste instantie concentreren op het vastleggen van interne werkwijzen en procedures, met andere woorden: op aspecten die in directe relatie staan tot de zorgverlening.

De tweede vraagstelling luidde: “Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg?”. Dit is onderzocht aan de hand van de kwaliteitsnormen zoals geformuleerd in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. Gekeken is in hoeverre de kraamcentra deze kwaliteitsnormen reeds beschikbaar hebben. Het merendeel van de kraamcentra heeft in het algemeen de beschreven kwaliteitsnormen beschikbaar of werkt er nog aan (zie bijlage 1, pag.103 e.v.). Bijna alle centra voldoen al aan de kwaliteitsnormen met betrekking tot *informatieverstrekking, aanmelding en intake*. Dat wil zeggen: ze beschikken over schriftelijke informatie voor cliënten (97%), procedures voor het verwerken van aanmeldingen (92%), procedures voor het verzorgen van intakes (92%) en een zorgovereenkomst, inclusief leveringsvoorwaarden (71%). Alleen de schriftelijke informatie voor allochtone cliënten moet door het merendeel van de centra nog ontwikkeld worden. Niet alle kraamcentra zijn dagelijks tijdens kantooruren bereikbaar: één LVT-lid en vijf overige kraamcentra zijn één of meer dagdelen per week niet bereikbaar. Wel zijn alle kraamzorgaanbieders 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar voor de aanvraag van partusassistentie en voor de inzet van kraamzorg;

Het merendeel van de kraamzorgaanbieders heeft ook ten aanzien van de *uitvoering van de zorgverlening* protocollen, standaarden en richtlijnen beschikbaar of werkt er aan. Het aantal organisaties dat al voldoet aan de kwaliteitseisen op dit onderdeel varieert van 64 procent als het gaat om het beschikbaar hebben van een procedure voor systematische deskundigheidsbevordering tot 95 procent als het gaat om het beschikbaar hebben van individuele zorgplannen. Dit geldt eveneens voor de kwaliteitsnormen ten aanzien van de *afsluiting en evaluatie van de zorg*. Respectievelijk 85 procent en 92 procent van de instellingen hebben daar procedures voor beschikbaar. Minder centra hebben kwaliteitsnormen voor *kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen* beschikbaar. LVT-leden hebben op dit moment in vergelijking met kraamcentra aangesloten bij BTN en de niet aangesloten centra vaker deze normen beschikbaar: 66 procent tegenover respectievelijk 39 en 22 procent als het gaat om een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en 52 procent tegenover respectievelijk 17 en 22 procent als het gaat om een procedure voor evaluatie van het kwaliteitsbeleid. De centra die nog niet beschikken over deze normen blijken voor het merendeel momenteel hier aan te werken. Ook is bij een kleine meerderheid van de LVT-leden (52%) al een kwaliteitssysteem in werking, terwijl dat bij één op de drie BTN-leden (37%) het geval is en bij één op de vier overige kraamcentra (26%).

Het merendeel van de centra heeft normen ten aanzien van *afspraken met zorgverzekeraars* beschikbaar, zowel wat betreft afspraken over aard en omvang van de te leveren zorg (87%) als ook wat betreft afspraken over extra zorg in bijzondere omstandigheden (87%).

Wat betreft de *ketenkwaliteit* is er een duidelijk onderscheid tussen de drie categorieën: LVT-leden hebben vaker dan andere kraamzorgaanbieders normen beschikbaar over beleid, protocollen en werkinstructies ten aanzien van afstemming met andere zorgaanbieders. BTN-leden en de niet aangesloten centra hebben aangegeven dat men deze nog moet ontwikkelen. Dit onderscheid is er niet wat betreft richtlijnen voor informatie en overdracht aan andere zorgverleners: het merendeel van de centra heeft deze beschikbaar. Verder blijken meer

kraamcentra aangesloten bij de LVT structureel overleg te hebben met andere nauw betrokken zorgaanbieders: als ziekenhuizen, jeugdgezondheidszorg, verloskundigen en verloskundig-actieve huisartsen.

Geconcludeerd kan worden dat de kraamcentra ten aanzien van de kwaliteitsnormen in eerste instantie geïnvesteerd lijken te hebben in de normen die betrekking hebben op de directe uitvoering van de zorgverlening. Met het uitwerken en vastleggen van een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitssysteem zijn de kraamzorgaanbieders duidelijk minder ver. Ook met het vastleggen van afspraken met zorgverzekeraars en met andere zorgverleners zijn de kraamcentra minder ver dan met het vastleggen van procedures en richtlijnen voor de uitvoering van de zorg.

De derde vraagstelling, van toepassing op de kraamzorgaanbieders (vraagstelling 7), was:

“Passen kraamzorgaanbieders selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?”

Selectie van cliënten kan om verschillende redenen gebeuren. Om zorginhoudelijke redenen, financiële redenen en/of het ontbreken van een contractrelatie met een zorgverzekeraar. Maar ook zaken als personeelstekort kunnen in de dagelijkse gang van zaken leiden tot selectie van cliënten. Als eerste is dan ook gekeken of het huidige personeelsbestand van de kraamcentra in overeenstemming is met de zorgvraag. Dit blijkt bij het merendeel van de centra het geval te zijn, maar daar worden in veel gevallen kanttekeningen bij geplaatst. Eén op de vijf centra (20%) geeft aan nu voldoende personeel te hebben, maar verwacht op termijn wel problemen. Twee op de vijf centra (40%) geven aan dat men met name in piekperioden te weinig personeel heeft. Bijna één op de vier centra (23%) heeft momenteel te weinig personeel gezien de zorgvraag.

Eenderde van de kraamcentra heeft aangegeven dat men geen selectiecriteria toepast. De meest genoemde reden waarom men wel selectie toepast is het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar van de cliënt. Veertien van de 89 centra hanteren selectiecriteria op zorginhoudelijk gronden. Arbeidsomstandigheden, te late aanmeldingen of een minimaal aantal zorguren zijn de meest genoemde redenen om selectie toe te passen. Bij financiële redenen, door acht centra genoemd, gaat het met name om cliënten die de vorige keer niet betaald hebben. Daarnaast zijn bereikbaarheid voor kraamverzorgsters, een volle planning en geloofsidentiteit van het centrum redenen die genoemd zijn om te selecteren. Een vijfde van de centra heeft aangegeven dat er specifieke groepen zijn die niet in aanmerking komen voor kraamzorg. Het betreft voor het merendeel ziekenfondsverzekerden die zich aanmelden bij niet-aangesloten centra: deze centra hebben (nog) geen contract met de betreffende zorgverzekeraar.

Meer dan de helft van de kraamcentra heeft aangegeven dat het voorkomt dat aanmeldingen niet leiden tot een intake. In een kwart van de kraamcentra komt dat voor omdat er geen contractrelatie is met de zorgverzekeraar van de betreffende cliënt. Zeven kraamcentra melden dat het is voorgekomen dat bij zwangeren die alleen wijkkraamzorg wilden de aanmelding niet heeft geleid tot een intake. Twee maal wordt melding gemaakt van het feit dat intakes voor particulieren niet vergoed worden. Andere genoemde redenen zijn te late aanmeldingen, miskramen en verhuizingen. Bij het merendeel van de centra (74%) is het in 1999 niet voorgekomen dat men geen kraamverzorgsters beschikbaar had op het moment van de bevalling. Wel is het in tenminste 34 procent van de kraamcentra voorgekomen dat men minder uren zorg kon leveren dan vooraf met de cliënt was afgesproken en heeft tenminste 29 procent van de kraamcentra in 1999 inschrijvingen geweigerd. In situaties waarin meer zorg nodig is dan vooraf was afgesproken blijkt meer dan 80 procent van de kraamcentra die meerzorg ook te kunnen verlenen.

Geconcludeerd kan worden dat selectie van cliënten bij een meerderheid van de kraamcentra

voorkomt. De meest genoemde reden daarvoor is het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar van de aanvrager. Ook een late aanmelding of een zeer beperkte zorgvraag\* kan reden zijn om geen zorg te verlenen. Sommige kraamcentra verlenen alleen kraamzorg aan particulier verzekerden.

De vierde vraagstelling in dit onderzoek bij kraamzorgaanbieders (vraagstelling 8) luidde: "Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?" Om hier een beeld van te krijgen is gevraagd of de kraamcentra opleidings- en/of stageplaatsen bieden voor leerlingen van de nieuwe verkorte opleidingen tot kraamverzorgende en/of voor leerlingen en stagiaires van andere opleidingen. Gebleken is dat bijna alle kraamcentra inderdaad stage- en/of opleidingsplaatsen bieden voor kraamverzorgenden. Dit geldt niet voor een kwart van de niet bij één van beide branche-organisaties aangesloten kraamcentra.

Vervolgens is gevraagd hoeveel tijd gemiddeld besteed wordt aan stagebegeleiding en werkbegeleiding van leerlingen van de verschillende soorten opleidingen en hoeveel tijd gemiddeld besteed wordt aan het inwerken van nieuw, pas-afgestudeerd personeel. Gebleken is dat gemiddeld voor stage- en/of werkbegeleiding de meeste tijd besteed wordt aan leerlingen van de verkorte opleiding voor mensen zonder voorafgaande gezondheidszorgopleiding, namelijk bijna 300 uur per leerling. De genoemde tijdsbesteding per stagiaire/leerling varieert tussen de verschillende kraamcentra echter zo sterk, dat het niet goed mogelijk is hier conclusies aan te verbinden. Aan het inwerken van nieuw, pas-afgestudeerd personeel wordt gemiddeld 127 uur besteed, maar ook hier blijken de verschillen tussen de kraamcentra heel erg groot te zijn.

Tot slot zijn de knelpunten in kaart gebracht die kraamzorgaanbieders momenteel ervaren en onderwerpen waarvan men verwacht dat deze op (middellange) termijn een probleem gaan vormen. De beschikbaarheid van personeel vormt voor meer dan de helft van de centra momenteel een probleem en ongeveer een derde verwacht dat de beschikbaarheid van personeel op termijn een probleem gaat vormen. Acht centra hebben aangegeven, als gevolg van het personeelstekort, momenteel knelpunten te ervaren met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Ongeveer een vijfde van de centra verwacht dit op termijn. Het beleid van de zorgverzekeraars, met name de korte zorgduur, wordt ook gezien als een bedreiging voor de kwaliteit van zorg.

Een kwart van de instellingen heeft aangegeven dat de financiële situatie op dit moment een knelpunt vormt en ongeveer een derde verwacht dat dit op termijn zal gaan gebeuren. Als oorzaak worden onder andere de contracten met zorgverzekeraars genoemd waarin, naar de mening van deze centra, (te) krappe uurtarieven worden afgesproken. Ongeveer een vijfde ervaart momenteel knelpunten in de samenwerking met andere zorgaanbieders en even zo veel centra verwachten dat dit op termijn een probleem zal worden.

Andere knelpunten die kraamzorgaanbieders op dit moment ervaren betreffen onder andere de callcentra. Genoemd wordt dat men het eerste contact met de cliënt kwijt is of dat men vaak laat en te weinig informatie krijgt over de gezinssituatie. De huidige wet- en regelgeving op het gebied van arbeid (o.a. Arbeidstijdenwet, Arbowet, Wet Flexibiliteit en Zekerheid) wordt ook gezien als een knelpunt: deze houdt te weinig rekening met de werkwijze van de kraamzorg.

\* De algemeen aanvaarde ondergrens voor beperkte kraamzorg is 24 uur (exclusief partusassistentie) verdeeld over 8 à 10 dagen (LVT, LCK, BTN, KNOV, STING, ZN 1999)



## 2.2 Callcentra

Alle zorgverzekeraars zijn voor dit onderzoek benaderd. Zij hebben bij elkaar tien callcentra of bemiddelingsbureaus genoemd waar de aanvragen voor kraamzorg verwerkt worden. Twee daarvan zijn ook kraamzorgaanbieder en hebben in die hoedanigheid al aan dit onderzoek meegewerkt.

Aan dit onderzoek hebben verder alle acht genoemde callcentra meegewerkt (zie bijlage 1, pag. 113 e.v.). Vier callcentra hebben één zorgverzekeraar als opdrachtgever. Twee callcentra hebben contracten met meerdere zorgverzekeraars. Eén callcentrum heeft de overkoepelende organisatie van vier zorgverzekeraars als opdrachtgever. Eén callcentrum heeft een van de andere callcentra als opdrachtgever. Alle acht callcentra werken landelijk, maar ze zijn zeer verschillend van grootte. Het grootste callcentrum verwerkte ongeveer 30.000 aanmeldingen in 1999, het kleinste ruim 300. Twee van de acht callcentra zijn pas in mei 2000 van start gegaan. De overige zes verwerkten in 1999 bij elkaar naar schatting ruim 40.000 aanvragen voor kraamzorg. Dat is ongeveer een vijfde van alle vrouwen die in 1999 kraamzorg hebben ontvangen. Dit komt overeen met de inschatting van de kraamzorgaanbieders dat 20 procent van hun cliënten zich heeft aangemeld via een callcentrum. Hieruit kunnen we concluderen dat alle belangrijke callcentra aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

De eerste vraagstelling in dit deelonderzoek (vraagstelling 3) was: "In welke mate houden callcentra (van zorgverzekeraars) zich bezig met het vaststellen van de behoefte aan kraamzorg en het formuleren van een zorgaanbod?". Gebleken is dat twee van de acht callcentra de indicatiestelling voor het voorbezoek en de indicatiestelling voor het zorgaanbod tot hun functie rekenen. Alle twee hebben daar ook procedures voor beschikbaar. Een derde callcentrum heeft aangegeven wel de indicatie voor het voorbezoek bij aanvragers die bij één bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn uit te voeren, dat wil zeggen: door te geven aan het kraamcentrum, maar niet zelf de indicatie te stellen. Deze verzekeraar heeft namelijk in de afspraken met de kraamcentra (die centraal gemaakt worden, via LTZ en TAZ) al laten vastleggen in welke gevallen een voorbezoek wel en in welke gevallen een voorbezoek niet geïndiceerd is.

De tweede vraagstelling met betrekking tot callcentra (vraagstelling 4) luidde: "Hoe is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen enerzijds callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod en anderzijds kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars?". Gebleken is dat de meeste taken waarover samenwerkingsafspraken gemaakt worden met kraamzorgaanbieders gezien worden als een gezamenlijke verantwoordelijkheid of als verantwoordelijkheid van de kraamzorgaanbieder. Twee callcentra vinden het verstrekken van informatie een taak van het callcentrum. Eveneens twee callcentra vinden het formuleren van het zorgaanbod een taak van het callcentrum. Eén callcentrum vindt het maken van zorgafspraken een taak van het callcentrum en eveneens één callcentrum vindt het bieden van zorggarantie een taak voor het callcentrum. Een aantal taken, met name informatie verstrekken en zorggarantie bieden, wordt gezien als gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel de kraamcentra als de callcentra. Onbekend is hoe die gezamenlijke verantwoordelijkheid feitelijk geregeld is. Het uitgangspunt van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg is dat de kraamzorgaanbieder eindverantwoordelijk blijft voor het primaire zorgproces, ook als delen daarvan door anderen worden uitgevoerd. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg dient daarom ook bij een gezamenlijke verantwoordelijkheid helder te zijn hoe die afspraken er uit zien en wie, in geval van onenigheid, aanspreekbaar is.

De derde vraagstelling met betrekking tot callcentra (vraagstelling 5) was: “Zijn callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?”. Gebleken is dat alle callcentra bekend zijn met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, ook de callcentra die zich niet bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van het zorgaanbod.

De vierde vraagstelling in dit deelonderzoek (vraagstelling 6) luidde: “Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door de voornoemde callcentra?”. Gebleken is dat bij de callcentra veel van de procedures en reglementen die in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg genoemd worden en op hen van toepassing zijn al beschikbaar zijn.

De vijfde vraagstelling in dit deelonderzoek (vraagstelling 7) luidde: “Passen callcentra selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?”. Gebleken is dat het ontbreken van een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de cliënt een reden kan zijn om de cliënt niet in te schrijven. Verder is genoemd dat het aantal uren kraamzorg dat iemand ontvangt afhankelijk is van de polis die men heeft. Er zijn volgens de respondenten op voorhand geen specifieke groepen zwangeren die niet in aanmerking kunnen komen voor een kraamzorgaanbod.

De beschikbaarheid van personeel bij de kraamcentra wordt door zeven van de acht callcentra zowel op dit moment als ook op de (middel)lange termijn als knelpunt gezien. De kwaliteit van de door kraamcentra geleverde zorg wordt door twee callcentra nu, en door vier callcentra op de (middel)lange termijn als knelpunt gezien.

### **2.3 Verloskundigen**

Op 1 januari 2000 waren er 453 verloskundige praktijken in Nederland. Aan dit onderzoek hebben 51 verloskundige praktijken meegewerkt, met gemiddeld 400 inschrijvingen en 328 kraambedden per jaar. De verloskundige praktijken hebben gemiddeld te maken met vier kraamzorgaanbieders. In alle praktijken wordt partusassistentie verleend bij thuisbevallingen en bij een deel van de praktijken wordt ook bij poliklinische bevallingen partusassistentie verleend. Het blijkt in veel praktijken regelmatig voor te komen dat de kraamverzorgende niet of niet op tijd aanwezig is bij een bevalling. Daar worden verschillende oorzaken voor genoemd, zoals de lange reistijd van de kraamverzorgende of het personeelstekort bij de kraamcentra. Maar ook het snelle verloop van een bevalling en het pas op een laat moment aanvragen van partusassistentie door de verloskundige spelen daarin een rol.

De meest uitgebreide vorm van kraamzorg, 8-uurszorg, wordt in alle praktijken geleverd, maar er zijn enkele praktijken waar 5-uurszorg of 3-uurszorg (kraambezoeken) het meest voorkomt. Over het algemeen zijn de ervaringen van de verloskundigen met de kraamzorg positief, maar het aantal praktijken waar men minder positief is over verschillende aspecten van de kraamzorg varieert van 6 (12%) als het gaat om de kwaliteit van de kraamzorg of de deskundigheid van de kraamverzorgenden tot 17 (33%) als het gaat om het aantal uren kraamzorg dat geleverd wordt.

In meer dan de helft van de verloskundige praktijken is de ervaring dat er op dit moment een tekort is aan kraamverzorgenden, terwijl in de meeste overige praktijken met name in piekperioden, zoals vakanties en feestdagen, een tekort merkbaar is. Dit betekent dat cliënten ofwel niet worden ingeschreven en dus helemaal geen kraamzorg ontvangen, ofwel minder zorg

ontvangen dan wenselijk is.

De eerste vraagstelling voor dit deelonderzoek bij verloskundigen (vraagstelling 2) was: “Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?” In het deelonderzoek bij de kraamcentra is uitgebreid op deze vraagstelling ingegaan. In dit deelonderzoek heeft deze vraagstelling alleen betrekking op die activiteiten en middelen die een rol spelen in de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen. Het betreft hier de volgende activiteiten en middelen: afspraken over afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, afspraken over procedures, protocollen en werkinstructies, afspraken over het gebruik van een zorgplan en bereikbaarheid van het kraamcentrum voor de aanvraag van partusassistentie. Gebleken is dat 44 van de 51 verloskundige praktijken met ten minste één kraamcentrum in de regio afspraken gemaakt hebben over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Eveneens 44 praktijken hebben met ten minste één kraamcentrum afspraken gemaakt over procedures, protocollen en werkinstructies en 40 praktijken hebben met ten minste één kraamcentrum afspraken gemaakt over gebruik van een zorgplan. In de meeste gevallen echter hebben de verloskundige praktijken met meer kraamzorgaanbieders te maken dan waarmee ze afspraken gemaakt hebben. In de meeste gevallen zijn de kraamzorgaanbieders 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar voor het aanvragen van partusassistentie, maar in 9 van de 51 praktijken kan volgens de verloskundige alleen op vooraf bepaalde tijden, bijvoorbeeld tijdens kantooruren, gebeld worden. In 5 praktijken is dat per kraamzorgaanbieder verschillend.

Geconcludeerd kan worden dat de meeste verloskundige praktijken afspraken hebben met ten minste één kraamzorgaanbieder in hun regio over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, over procedures, protocollen en werkinstructies en over het gebruik van een zorgplan. In 14 van de 51 praktijken (27%) is de ervaring dat ten minste één van de kraamzorgaanbieders niet 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar is.

De tweede vraagstelling voor het deelonderzoek bij verloskundigen (vraagstelling 6) was: “Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door (de voornoemde) callcentra?” Hier was voor dit deelonderzoek een vraag aan toegevoegd, namelijk: “in hoeverre zijn verloskundigen bekend met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod?” Gebleken is dat slechts een klein aantal verloskundigen (15) op de hoogte is van het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod. Op grond daarvan kan geen antwoord gegeven worden op de eigenlijke vraagstelling naar de door callcentra ingezette activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg.

De derde vraagstelling voor het deelonderzoek bij verloskundigen (vraagstelling 7) was: “Passen kraamzorgaanbieders (en callcentra) selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?” Gebleken is dat een kleine meerderheid van de verloskundigen van mening is dat de kraamcentra geen selectiecriteria hanteren. Degenen die denken dat dat wel gebeurt, geven voorbeelden als: slechte huisvesting, de vaste bijdrage niet betalen, niet verzekerd zijn of zich te laat hebben ingeschreven. In tien praktijken is men van mening dat daarbij specifieke groepen niet in aanmerking komen voor kraamzorg, zoals ziekenfondsverzekerden, late inschrijvers (veelal buitenlandse mensen), onverzekerden en mensen die eerder dan gepland uit het ziekenhuis komen.

De vierde vraagstelling voor het deelonderzoek bij verloskundigen (vraagstelling 8) was: “Op

welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?" Ook hier was voor dit deelonderzoek een vraag aan toegevoegd, namelijk: "In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?" Bovendien is de oorspronkelijke vraagstelling als volgt geherformuleerd: "Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?" Gebleken is dat de meeste verloskundige praktijken te maken hebben met leerlingen en/of afgestudeerden van één van beide of van allebei de verkorte opleidingen. De ervaringen van de verloskundigen met deze leerlingen en afgestudeerden zijn zowel positief als negatief. In positieve zin wordt genoemd dat ze vaak gemotiveerder en praktijkgericht zijn dan leerlingen van de onverkorte opleiding, omdat ze vaak al wat ouder zijn en bewust voor dit vak hebben gekozen. In negatieve zin wordt genoemd dat ze vaak minder deskundig zijn, minder theoretische kennis hebben en weinig bevallingen hebben gezien, wat er toe leidt dat ze onzekerder zijn en minder inzicht hebben. De begeleiding vanuit het kraamcentrum (of de opleiding) wordt over het algemeen voldoende genoemd. Toch zijn 15 van de 51 verloskundigen van mening dat die (voor een deel van de leerlingen/pas-afgestudeerden) onvoldoende is. Geconcludeerd kan worden dat verloskundigen niet onverdeeld positief zijn over de nieuwe, verkorte opleidingen.

Het knelpunt dat door verloskundigen het meest genoemd is, zowel nu als op de (middel)lange termijn, betreft de beschikbaarheid van kraamverzorgenden. Driekwart van hen ziet dit min of meer als blijvend probleem, mede vanwege het grote verloop. Ook de kwaliteit van de geleverde kraamzorg en de deskundigheid van kraamverzorgenden wordt door (meer dan) de helft van de verloskundigen als knelpunt gezien. Daarbij wordt vooral genoemd dat de (bij)scholing en begeleiding onvoldoende is. Wat betreft de samenwerking met zorgaanbieders worden twee verschillende knelpunten genoemd. Enerzijds wordt verwacht dat een groei van het aantal kleine bureaus problemen zal geven, omdat daarmee dikwijls geen afspraken gemaakt zijn. Anderzijds worden problemen verwacht als steeds meer bureaus landelijk gaan werken, omdat daarmee de binding met de regio dreigt te verdwijnen.

## 2.4 Conclusies

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in het beleid van kraamzorgaanbieders ten aanzien van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Daartoe zijn telefonische interviews gehouden met vertegenwoordigers van kraamcentra, van callcentra en van verloskundige praktijken. In de interviews met kraamcentra is vooral de nadruk gelegd op de procedurele kant van de kwaliteit en toegankelijkheid, door na te gaan in hoeverre men bezig is met of al voldoet aan de in 1999 opgestelde BasisKwaliteitseisen Kraamzorg.

In de interviews met callcentra is vooral geprobeerd een beeld te krijgen van de taken die de callcentra tot de hunne rekenen en de afspraken die zij daarover hebben met kraamcentra. In de interviews met verloskundigen is vooral de nadruk gelegd op de ervaring van verloskundigen met de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorgaanbieders. De verloskundige praktijken zijn bij dit onderzoek betrokken, omdat zij een beeld kunnen geven van het functioneren van de kraamzorg in de praktijk. Hiermee wordt de kraamzorgaanbieders in feite een spiegel voorgehouden waarin ze kunnen zien wat de uitwerking is van hun beleid ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid in de praktijk.

De eerste conclusie uit dit onderzoek is dat de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg in ruime mate bekend zijn, zowel bij kraamzorgaanbieders als bij callcentra en dat de meeste geïnterviewden ook op de hoogte zijn van het feit dat men geacht wordt met ingang van 2002 aan die eisen te voldoen. Een kwart van de kraamzorgaanbieders bleek daar echter nog niet van op de hoogte te zijn. Dit betrof vooral kraamzorgaanbieders die niet zijn aangesloten bij een brancheorganisatie (LVT of BTN). Het ene callcentrum dat er niet van op de hoogte bleek te zijn, voldoet feitelijk al aan het merendeel van de normen die op hen van toepassing zijn of werkt daar op dit moment aan.

Heel veel kraamcentra zijn bezig met de implementatie van de BasisKwaliteitseisen en een aantal centra heeft die eisen al geïmplementeerd. Waar vooral aan gewerkt wordt op dit moment is het vastleggen van interne procedures en werkwijzen. Een punt van zorg bij de kraamcentra is, zoals bekend, de beschikbaarheid van personeel. Weliswaar geeft de meerderheid van de centra aan dat het huidige personeelsbestand globaal in overeenstemming is met de zorgvraag, maar in piekperioden blijkt 40 procent van de centra toch te weinig personeel te hebben. Dit komt in de zorg tot uiting omdat inschrijvingen geweigerd moeten worden als de planning vol is of omdat cliënten in drukke perioden minder uren zorg ontvangen dan vooraf was afgesproken. Ook zeven van de acht callcentra signaleren problemen, zowel op dit moment als op (middel)lange termijn met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel bij de kraamcentra. De ervaringen van de verloskundigen sluiten daarbij aan. Ook zij signaleren dat, vooral in piekperioden, het personeelstekort bij de kraamcentra groot is. Eén van de onderdelen van de kraamzorg die daarbij het duidelijkst in het gedrang komt is de partus-assistentie. Regelmatig blijkt volgens de verloskundigen de kraamverzorgende niet of niet tijdig aanwezig te zijn bij een bevalling. Volgens de kraamcentra is het maar zelden voorgekomen het afgelopen jaar dat er helemaal geen kraamverzorgende beschikbaar was voor partusassistentie. Of de kraamverzorgende wel of niet (op tijd) aanwezig was bij de bevalling is de kraamcentra niet gevraagd.

Over de bereikbaarheid van de kraamzorg, bijvoorbeeld voor het aanvragen van partus-assistentie, lopen de meningen van de kraamcentra en de verloskundigen ook uiteen. De kraamcentra laten allemaal weten hiervoor 24 uur per dag bereikbaar te zijn, terwijl verloskundigen in 9 van de 51 praktijken aangaven daarvoor slechts op vooraf bepaalde tijden, bijvoorbeeld tijdens kantooruren, te kunnen bellen.

Veel kraamcentra gebruiken in- of uitsluitingscriteria, waarbij het in de meeste gevallen blijkt te gaan om het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar van de aanvrager of het niet verzekerd zijn van de aanvrager. Maar ook een (te) late inschrijving of een (te) beperkte zorgvraag kan een reden zijn om een cliënt niet in te schrijven. De ervaring van verloskundigen komt hiermee overeen. Ook zij geven aan dat als er geselecteerd wordt, het dikwijls gaat om cliënten die verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar waar het kraamcentrum geen contractrelatie mee heeft, cliënten die niet verzekerd zijn, cliënten die de eigen bijdrage niet kunnen of willen betalen of cliënten die zich te laat inschrijven. Het gaat daarbij volgens de verloskundigen veelal om buitenlandse vrouwen, die daarmee indirect minder toegang hebben tot kraamzorg dan Nederlandse vrouwen. Bij de callcentra wordt aangegeven dat alleen het niet verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar(s) waarvoor het callcentrum werkt als criterium wordt gehanteerd om aanvragers niet voor kraamzorg in te schrijven.

Veel kraamcentra bieden opleidings- en stageplaatsen voor leerlingen van een van de verkorte opleidingen tot kraamverzorgende. De tijd die zij daaraan zeggen te besteden varieert heel sterk per kraamcentrum, niet alleen tussen kraamcentra die lid zijn van een brancheorganisatie en kraamcentra die dat niet zijn, maar ook tussen LVT-leden of BTN-leden onderling.

De ervaringen van de verloskundigen met leerlingen en afgestudeerden van de verkorte opleidingen zijn zowel positief als negatief. Positief omdat ze vaak gemotiveerder en praktijkgericht zijn dan leerlingen van de onverkorte opleiding, negatief omdat ze dikwijls te weinig kennis en te weinig ervaring hebben om goed te kunnen functioneren.

Twee callcentra rekenen de indicatiestelling voor het voorbezoek (intake) en de indicatiestelling voor het zorgaanbod tot hun taken. Zij voldoen wat dat betreft aan de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, omdat ze beschikken over de procedures die daarvoor benodigd zijn. Een derde callcentrum voert voor een deel van de aanvragers de indicatiestelling voor het voorbezoek, zoals vastgesteld in de afspraken tussen zorgverzekeraar en kraamzorgaanbieder, uit, maar stelt zelf geen indicaties. Een aantal taken, zoals informatie verstrekken en zorggarantie bieden, wordt door de meeste callcentra gezien als een gezamenlijke taak van zowel kraamcentra als callcentra. Onbekend is hoe die gezamenlijke verantwoordelijkheid feitelijk geregeld is. De kraamcentra zijn niet altijd te spreken over het feit dat callcentra soms de intake doen, omdat dat er toe kan leiden dat de kraamcentra het eerste contact met de cliënt kwijt zijn, ze te laat en te weinig gegevens ontvangen over de gezinssituatie en de cliënt niet altijd op de hoogte blijkt te zijn van wat er geregeld is en bij wie.

Zowel aan kraamcentra als aan callcentra en verloskundigen is gevraagd of zij op dit moment knelpunten ervaren met betrekking tot een aantal specifieke aspecten, zoals de kwaliteit van de geleverde kraamzorg, de beschikbaarheid en deskundigheid van kraamverzorgenden en de samenwerking met andere zorgaanbieders. Daarnaast is gevraagd of zij ten aanzien van dezelfde aspecten op de (middel)lange termijn knelpunten verwachten. Deze (middel)lange termijn is verder niet gespecificeerd en kan daarom zowel betrekking hebben op het komende jaar als op, bijvoorbeeld, de komende vijf jaar. De knelpunten die door verloskundigen en callcentra het meest genoemd zijn betreffen de beschikbaarheid van kraamverzorgenden en de kwaliteit van de geleverde kraamzorg. Wat betreft de beschikbaarheid van kraamverzorgenden geeft ook de meerderheid van de kraamcentra aan dat dit zowel op dit moment als op (middel)lange termijn een knelpunt is. Wat betreft de kwaliteit van de geleverde kraamzorg is dat echter niet het geval. Minder dan tien procent van de kraamcentra vindt de kwaliteit van de geleverde zorg nu een knelpunt en minder dan twintig procent vindt dat op termijn een knelpunt. Daar staat tegenover dat van de verloskundigen tenminste de helft van mening is dat de kwaliteit van de geleverde kraamzorg op dit moment een knelpunt is en dat zowel van de verloskundigen als de callcentra tenminste de helft van mening is dat de kwaliteit van de kraamzorg ook in de toekomst een knelpunt zal zijn. Zowel kraamcentra als verloskundigen en callcentra geven aan dat vooral het gebrek aan personeel een bedreiging vormt voor de kwaliteit. Er blijkt dus duidelijk een verschil van opvatting tussen enerzijds de kraamcentra en anderzijds de verloskundigen en de callcentra over de mate waarin de kwaliteit van de geleverde kraamzorg een knelpunt is. Ook wat betreft de samenwerking met andere zorgaanbieders zijn de opvattingen verschillend. De verloskundigen zien op dat punt twee keer zo vaak problemen als de kraamcentra, zowel nu als op (middel)lange termijn.

Door enkele kraamzorgaanbieders zijn knelpunten genoemd met betrekking tot de callcentra. Opgemerkt is dat ze te veel sturen in de keuze voor een kraamcentrum, maar ook dat ze te weinig en te laat informatie over de cliënt doorgeven en dat ze zelf de intake doen, waardoor het kraamcentrum het eerste contact met de cliënt kwijt is en bij aanmelding onvoldoende van de cliënt weet. Sommige verloskundigen noemen vergelijkbare knelpunten met betrekking tot de verzekeraars: die zouden te veel gaan bepalen hoeveel zorg iemand krijgt en of een voorbezoek tijdens de zwangerschap wel of niet nodig is.

**DEEL A:**

**KRAAMZORGAANBIEDERS**





# KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE KRAAMZORG

## Deel A: Kraamzorgaanbieders

### INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b>	27
1.1 Kraamzorgaanbieders	27
1.2 Vraagstellingen	27
1.3 Opbouw van het deelrapport kraamzorgaanbieders	28
<b>2. METHODEN</b>	29
2.1 Inleiding	29
2.2 Ontwikkeling van de vragenlijsten	29
2.3 Onderzoekspopulatie en respons	29
2.4 Achtergrondkenmerken van kraamzorgaanbieders	31
<b>3. DE BASISKWALITEITSEISEN KRAAMZORG</b>	35
3.1 Inleiding	35
3.2 Bekendheid met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg	36
3.3 Informatie verstrekking, aanmelding en intake	37
3.4 Uitvoering van de zorg	38
3.5 Zorgafsluiting en -evaluatie	38
3.6 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem	39
3.7 Afspraken met zorgverzekeraars	40
3.8 Ketenkwaliteit	41
3.9 Samenvatting en conclusies	45
<b>4. TOEGANKELIJKHEID</b>	47
4.1 Inleiding	47
4.2 Beschikbaarheid van personeel	47
4.3 Selectiecriteria	48
4.4 Samenvatting en conclusies	52
<b>5. OPLEIDING EN BEGELEIDING</b>	53
5.1 Inleiding	53
5.2 Opleiding kraamverzorgenden	53
5.3 Opleiding- en stageplaatsen	54
5.4 Inwerken nieuw personeel	55
5.5 Samenvatting en conclusies	56
<b>6. KNELPUNTEN NU EN IN DE TOEKOMST</b>	57
6.1 Inleiding	57
6.2 Kwaliteit van de geleverde kraamzorg	57
6.3 Beschikbaarheid van personeel	58
6.4 Financiële situatie	59
6.5 Samenwerking met andere zorgaanbieders	61
6.6 Overige knelpunten	62
6.7 Samenvatting en conclusies	63



# 1. INLEIDING

## 1.1 Kraamzorgaanbieders

In Nederland bestaan verschillende organisaties die kraamzorg bieden. Veel van deze organisaties zijn aangesloten bij één van de twee grote branche-organisaties LVT en BTN. Daarnaast is er een branche-organisatie SPOT genaamd opgericht: Stichting Particuliere Organisaties Thuiszorg. Deze richt zich met name op kleinere organisaties.

De LVT en BTN hanteren ieder verschillende criteria voor de organisaties die zich daarbij willen aansluiten. De LVT heeft naast de vereisten die de Kwaliteitswet zorginstellingen noemt, dertien aanvullende criteria voor het lidmaatschap. Drie criteria hebben betrekking op branche-eisen (toepassing CAO Thuiszorg, het leveren van een minimum pakket thuiszorgproducten en de praktisering van maatschappelijk ondernemerschap). De overige tien criteria betreffen kwaliteitsnormen waar de zorgverlening aan moet voldoen (bijvoorbeeld deskundigheid, bereikbaarheid, werken met een zorgplan, het hanteren van het klachten- en privacyreglement van de LVT, het hanteren van een kwaliteitssysteem en verslaglegging van het gevoerde beleid (El Fakiri et al 1999b).

Organisaties die zich willen aansluiten bij BTN moeten, naast de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen, onder meer voldoen aan de volgende criteria: aanbieden van kraamzorg/thuiszorg, een minimum aantal zorguren van 5000 op jaarbasis verlenen, de organisatie moet beschikken over een klachtenreglement en een opleidingsbeleid, de organisatie moet werkers in loondienst hebben en/of een bemiddelingsrol vervullen (El Fakiri et al 1999b).

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen kraamzorgaanbieders: kraamzorgaanbieders die aangesloten zijn bij de LVT, bij BTN en degene die niet zijn aangesloten bij een van deze twee branche-organisaties, de zogenaamde overige kraamzorgaanbieders.

Kraamzorg kan in verschillende vormen aangeboden worden. De meest uitgebreide vorm is partusassistentie gevolgd door 8-uurszorg, dat wil zeggen: 8 uur kraamzorg per dag, gedurende 8 tot maximaal 10 dagen. Wijkzorg of kraambezoeken is de meest beperkte vorm van kraamzorg en houdt in dat maximaal 3 uur per dag zorg wordt verleend. Daarnaast bestaat er combizorg: meestal een combinatie van 8-uurszorg en een kortere vorm van zorg, zoals 5-uurszorg of wijkzorg.

Naar aanleiding van de in het inleidende hoofdstuk van dit rapport beschreven problemen op de terreinen van de kwaliteit, toegankelijkheid en deskundigheid van met name cursisten van de verkorte opleidingen, heeft het IGZ besloten de voornoemde aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg in kaart te brengen door middel van het voorliggende onderzoek dat uitgevoerd is door het Nivel.

## 1.2 Vraagstellingen

Naar aanleiding van de beschreven problemen zijn voor dit onderzoek onder kraamzorgaanbieders de volgende vraagstellingen geformuleerd.

1. Zijn kraamzorgaanbieders bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?
2. Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?

3. Passen kraamzorgaanbieders selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?
4. Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?

### **1.3 Opbouw van het deelrapport kraamzorgaanbieders**

In het hiernavolgende hoofdstuk wordt de methode, de uitvoering van het onderzoek, respons en achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie besproken. In het derde hoofdstuk komen de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg aan de orde. Ten eerste wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de kraamzorgaanbieders bekend zijn met de BasisKwaliteitseisen kraamzorg. Ten tweede wordt beschreven in hoeverre de kraamzorgaanbieders de kwaliteitsnormen, zoals geformuleerd binnen de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, beschikbaar hebben. Op de vraag of kraamzorgaanbieders selectiecriteria voor cliënten toepassen wordt in het vierde hoofdstuk ingegaan. De kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte opleidingen komt in het vijfde hoofdstuk aan de orde. Knelpunten die kraamzorgaanbieders momenteel ervaren en welke zij in de toekomst voorzien worden behandeld in hoofdstuk 6.

## 2. METHODEN

### 2.1 Inleiding

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn telefonische enquêtes afgenomen. Er is voor telefonische benadering gekozen omdat dit meestal een hogere respons oplevert dan schriftelijke benadering. In dit hoofdstuk wordt in de tweede paragraaf de ontwikkeling van de vragenlijsten beschreven. De onderzoekspopulatie en de respons van de interviews met de kraamzorgaanbieders komt in de derde paragraaf aan de orde. Paragraaf vier beschrijft de achtergrondkenmerken van de deelnemende kraamzorgaanbieders.

### 2.2 Ontwikkeling van de vragenlijsten

De kern van de vragenlijsten voor de kraamcentra bestaat uit vragen over de activiteiten en middelen die de betreffende centra hanteren ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Daarbij is aangesloten bij de aspecten die ook aan bod komen in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. Tevens zijn vragen gesteld over eventuele selectie van (allochtone) cliënten. Daarnaast bevat de vragenlijst items over de begeleiding en het handelen van (ex)cursisten van verkorte kraamzorgopleidingen.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijsten is voortgebouwd op materiaal dat eerder ontwikkeld is door of in opdracht van de IGZ. Concreet gaat het hierbij om:

- het Algemeen Toezichtsinstrument Kraamzorg (IGZ, versie maart 2000). Dit instrument zal door de IGZ gebruikt gaan worden bij het toezicht houden op kraamcentra. Het Toetsingsinstrument bestaat uit twee delen:
  - \* een schriftelijke vragenlijst voor kraamzorgorganisaties;
  - \* een vragenlijst/checklist voor inspecteurs, te gebruiken bij een inspectiebezoek;
- de vragenlijst "Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg" (Nivel, 1998), ontwikkeld en gebruikt binnen het eerder genoemde onderzoek van het Nivel, in opdracht van de IGZ (El Fakiri e.a., 1999b).

De vragenlijst voor dit onderzoek is voorafgaand aan de afname voorgelegd aan de begeleidingscommissie en op helderheid en bruikbaarheid getoetst bij een beleidsmedewerker van een kraamcentrum.

### 2.3 Onderzoekspopulatie en respons

Voorafgaande aan de telefonische ondervraging werd aan de kraamcentra een brief gestuurd waarin het onderzoek werd aangekondigd. Deze brief is gezamenlijk opgesteld door het Nivel en de IGZ, ondertekend door de IGZ, geschreven op IGZ-papier en verstuurd in IGZ-enveloppen. Samen met een antwoordformulier en een Nivel antwoordenvelop. Op die manier werd het belang en de noodzaak om aan het onderzoek mee te doen naar verwachting benadrukt en werd verwacht dat de respons optimaal zou zijn. Adressen van kraamcentra zijn bekend uit het eerder genoemde Nivel-onderzoek (El Fakiri e.a., 1999b). Dit adressen-bestand is geactualiseerd met behulp van het adressenbestand van de Inspectie. In de aankondigingsbrief van de IGZ is vermeld dat in de achtergrondstudie en artikel(en) van het Nivel de anonimiteit van de onderzochten gewaarborgd wordt. Tevens werd in de aankondigingsbrief vermeld dat bij een selectie van de onderzochte kraamcentra de IGZ medio 2000 een inspectiebezoek zou afleggen. In het kader daarvan werden de kraamcentra dringend verzocht aan het huidige onderzoek deel te nemen en toestemming te geven voor het doorgeven van vragenlijstgegevens

door het NIVEL aan de IGZ. Mocht men daar bezwaar tegen aantekenen dan kan het onderzoek uitgevoerd door het NIVEL toch doorgaan, maar zouden de betreffende kraamcentra later door de IGZ verzocht worden een soortgelijke vragenlijst nogmaals in te vullen. Verder werd in de aankondigingsbrief gevraagd welke medewerker goed op de hoogte is van het kwaliteitsbeleid van het betreffende centrum. Op het bijgevoegd antwoordformulier kon de geadresseerde de naam van de contactpersoon en het tijdstip en telefoonnummer waarop deze te bereiken was aangeven. Ter voorbereiding op de telefonische enquête kreeg de contactpersoon de vragenlijst toegestuurd.

Voor dit onderzoek zijn brieven gestuurd naar 245 adressen. Daarvan bleken 67 adressen onterecht te zijn aangeschreven omdat daar geen kraamzorg (meer) geboden wordt of omdat de instelling is opgeheven. Van de 178 resterende adressen hebben 28 niet op het verzoek tot medewerking gereageerd. Het is van deze 28 adressen dan ook niet zeker of daar kraamzorg geboden wordt. Uiteindelijk zijn in dit onderzoek 109 kraamzorgaanbieders geïdentificeerd op 150 adressen/vestigingen. Van die 109 hebben 89 kraamzorgaanbieders (82 procent) meegewerkt, 16 hebben afgezien van medewerking en 4 bleken na een eerste contact niet meer bereikbaar voor het afnemen van de enquête.

De respons was in eerste instantie 42 LVT-leden, 16 BTN-leden en 31 centra die niet of anders aangesloten waren. Binnen deze laatste categorie waren vier centra die naast lidmaatschap van BTN of LVT een andere organisatie noemden, zoals bijv SPOT of Landelijk Centrum Kraamzorg of van beide branche-organisaties lid waren. Deze centra zijn hergecodeerd naar de (branche)organisatie die zij het eerste noemden. Twee centra zijn bij categorie 'BTN' ondergebracht en twee centra bij categorie 'LVT'.

De uiteindelijke verdeling over de verschillende groepen kraamzorgaanbieders is : 44 LVT-leden (49,5%), 18 BTN-leden (20,2%) en 27 (30,3 %) centra bij de groep overige kraamzorgaanbieders (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Kraamcentra naar (branche)organisatie

(branche)organisatie	aantal	procent
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	44	49,5
Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland	18	20,2
Overigen	27	30,3
Totaal	89	100

Van de 27 centra die niet zijn aangesloten bij één van deze twee organisaties, hebben 11 centra aangegeven dat ze van plan zijn zich in de toekomst aan te sluiten bij een branche-organisatie. De meest genoemde organisaties waren BTN en SPOT, Stichting Particuliere Organisaties in de Thuiszorg.

Uit navraag bij de LVT en BTN blijkt dat er 45 LVT-leden en 29 BTN-leden zijn die kraamzorg bieden. Van de LVT-leden is de medewerking aan dit onderzoek dus nagenoeg compleet (98 procent). De deelname van BTN-leden komt op 62 procent. Het deelnamepercentage van de overige kraamzorgaanbieders is niet vast te stellen omdat er geen gegevens voorhanden zijn over het totaal aantal overige centra dat kraamzorg biedt.

## 2.4 Achtergrondkenmerken van kraamzorgaanbieders

In tabel 2.2. is een overzicht gegeven van de deelnemende kraamcentra naar bestuursvorm, werkgebied, het al dan niet hebben van meerdere vestingen en of het al dan niet bieden van zowel kraam- als thuiszorg. Kraamcentra aangesloten bij de LVT blijken voor het merendeel een stichting als bestuursvorm te hebben. De kraamcentra aangesloten bij BTN en de overige centra blijken voor het merendeel anders georganiseerd te zijn. Het meest genoemd worden de BV (15 maal), een eenmansbedrijf (14 maal) en Vennootschap onder Firma (VOF) (3 maal). Voor wat betreft de werkgebieden en het eventueel hebben van meerdere vestingen blijken er geen grote verschillen te zijn tussen de verschillende categorieën kraamcentra: het merendeel werkt regionaal en ongeveer eenderde heeft meerdere vestigingen.

Tabel 2.2 Kraamcentra naar algemene gegevens

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Bestuursvorm</b>								
. Stichting	41	93	3	17	7	26	51	57
. Vereniging	-	-	-	-	1	4	1	1
. Anders	3	7	15	83	19	70	37	42
<b>Werkgebied</b>								
. landelijk	3	7	1	6	1	4	5	6
. regionaal	41	93	17	94	25	92	83	93
. anders	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Meerdere vestigingen</b>								
. nee	30	68	12	67	20	74	62	70
. ja	14	32	6	33	7	26	27	30
<b>Kraam-en thuiszorg</b>								
. ja	28	67	12	67	12	44	52	58
. nee	16	36	6	33	15	56	37	42

Twee derde van de kraamcentra aangesloten bij de LVT of BTN bieden zowel kraam- als thuiszorg. Van de 'overige' centra biedt meer dan de helft alleen kraamzorg.

### *Omvang van de kraamcentra*

De omvang van de kraamcentra is in eerste instantie berekend aan de hand van het gemiddeld aantal kraamverzorgenden (personen) per kraamzorgorganisatie. Hierin zijn zowel gekwalificeerde als niet- gekwalificeerde kraamverzorgenden betrokken. Bij het berekenen van het gemiddeld aantal kraamverzorgenden zijn de drie grote landelijke bureaus niet meegenomen. Deze bureaus met meerdere vestigingen zouden het gemiddelde teveel omhoog halen. Het betreft een landelijk bureau aangesloten bij de LVT met 650 kraamverzorgenden, een bureau aangesloten bij BTN met 1792 kraamverzorgenden en ten slotte een landelijk bureau met 1200 kraamverzorgenden. Dit laatste bureau is niet aangesloten bij één van de twee brancheorganisaties. Van twee centra (een LVT-lid en een niet aangesloten bureau) zijn deze gegevens onbekend. In de uiteindelijke berekening zijn 42 LVT-leden, 17 BTN-leden en 25 niet aangesloten centra opgenomen.

Tabel 2.3 Het gemiddeld aantal kraamverzorgenden (personen), exclusief drie grote landelijke centra

	LVT (N=42)	BTN (N=17)	Overigen (N=25)
Kraamverzorgenden	156,3	49,2	19,3
Minimum	15	12	2
Maximum	543	123	56

Uit tabel 2.3 blijkt dat, als de drie grote landelijke centra niet meegerekend worden, de LVT-leden gemiddeld de meeste kraamverzorgenden per kraamcentrum hebben. Er werken gemiddeld 156 kraamverzorgenden ten opzichte van respectievelijk 49 en 19 kraamverzorgenden bij BTN-leden en bij de overige kraamzorgaanbieders. De spreiding binnen de categorieën is groot: zo varieert het aantal kraamverzorgenden per kraamcentrum bij de LVT-leden van 15 tot 543 kraamverzorgenden, bij de BTN-leden van 12 tot 123 kraamverzorgenden en bij de niet aangesloten centra van twee tot 56 kraamverzorgenden.

Een andere wijze om de omvang van kraamcentra te berekenen is na te gaan hoeveel cliënten de centra in 1999 in zorg hebben gehad.

Driekwart van de LVT-leden heeft aan 1000 tot 5000 cliënten kraamzorg geboden. De helft van de BTN leden heeft in 1999 aan 500 tot 5000 cliënten kraamzorg geboden, het merendeel van de niet aangesloten centra heeft tot 1000 cliënten in zorg gehad (zie tabel 2.4).

Hieruit blijkt dat LVT-leden over het algemeen grote tot zeer grote kraamzorgaanbieders zijn, terwijl er tussen de BTN-leden juist grote onderlinge verschillen zijn. De overige kraamcentra zijn over het algemeen klein in omvang.

Tabel 2.4 Omvang kraamcentra naar aantal cliënten in 1999

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 100	-	-	-	-	3	11	3	3
100 - 250	2	5	2	11	6	<b>22</b>	10	11
250 - 500	-	-	3	17	6	<b>22</b>	9	10
500 - 1000	-	-	5	<b>28</b>	5	19	10	11
1000- 5000	33	<b>75</b>	4	<b>22</b>	-	-	37	42
> 5000	6	13	1	5	1	4	8	9
Onbekend	3	7	3	17	6	<b>22</b>	12	14
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Het gemiddeld aantal cliënten in 1999 van de centra aangesloten bij de LVT bedroeg, exclusief het grote landelijk werkende kraamcentrum, 3022, inclusief die kraamzorgaanbieder 3216. Bij de BTN-leden was het gemiddeld aantal cliënten 823 exclusief en 1901 inclusief de grote landelijk werkende instelling. Van de overige centra was het gemiddeld aantal cliënten 570 (dit is exclusief de landelijk werkende instelling, die geen opgave gedaan heeft van het aantal



cliënten). Meerdere instellingen hebben geen opgave gedaan van het aantal cliënten in 1999, namelijk 3 van de LVT-instellingen, 3 van de BTN-instellingen en 6 van de overige instellingen. In tabel 2.5 is een schatting gemaakt van het totaal aantal cliënten dat van de deelnemende kraamcentra zorg heeft ontvangen, door het gemiddeld aantal cliënten te vermenigvuldigen met het aantal instellingen. Daarbij is voor de instellingen die geen gegevens hierover hebben ingevuld het gemiddelde genomen van alle kraamcentra binnen de groep waar ze ingedeeld zijn (LVT, BTN of overig), exclusief de landelijk werkende instelling. Vervolgens is een schatting gemaakt van het marktaandeel van de drie onderscheiden groepen kraamzorgaanbieders. In totaal hebben de LVT-leden in 1999 aan bijna 141.000 cliënten kraamzorg geboden, hetgeen een marktaandeel van 75 procent betekent. De BTN-leden hebben tezamen bijna 31.000 cliënten in zorg gehad, een marktaandeel van 17 procent. De niet aangesloten centra hebben in totaal in 1999 15.390 cliënten in zorg gehad, een marktaandeel van 8 procent (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5 Kraamcentra naar totaal aantal cliënten, gemiddeld aantal cliënten en geschat marktaandeel

	LVT (N = 44)	BTN (N = 18)	Overigen (N = 27)	Totaal (N = 89)
Aantal instellingen zonder opgave	3	3	6	12
Totaal aantal cliënten (gemeld)	131.864	28.518	11.981	172.363
Totaal aantal cliënten (geschat)*	140.929	30.986	15.401	187.316
Gemiddeld aantal cliënten (inclusief)	3216	1901	-	-
Gemiddeld aantal cliënten (exclusief)	3022	823	570	-
Geschat marktaandeel	75 %	17 %	8 %	100%

\* ontbrekende gegevens vervangen door het gemiddelde, exclusief de landelijk werkende instelling

De schatting van het totaal aantal cliënten dat in 1999 kraamzorg heeft ontvangen van de deelnemende instellingen is ongetwijfeld te hoog. Er zijn in 1999 200.445 kinderen geboren (CBS 2000). Als er van uit gegaan wordt dat het aantal 'verzorgingen' in de kraamzorg, evenals in 1998 85 procent is van het totaal aantal geborenen\*, dan kan het aantal verzorgingen (= cliënten) in 1999 hooguit 170.400 bedragen. Ook als het aantal verzorgingen zou zijn toegenomen tot 90 procent van het totaal aantal geborenen, wat inhoudt dat alle kraamcentra bij elkaar 180.400 cliënten gehad hebben in 1999, dan nog komt het hier berekende cijfer hoger uit, terwijl in ieder geval 12 organisaties (1 LVT-lid en 11 BTN-leden) niet aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Hier zijn twee mogelijke verklaringen voor. Ten eerste is het mogelijk dat het door ons geschatte aantal cliënten van de instellingen die geen opgave gedaan hebben te hoog is. Dit kan zeker het geval zijn voor de drie LVT-leden, de drie BTN-leden en vijf van de zes overige instellingen. De laatste overige instelling is echter een grote, landelijk werkende instelling, die veel meer dan het gemiddeld aantal van 570 cliënten moet hebben. Ten tweede is het mogelijk dat veel van de instellingen in dit onderzoek een (te) ruime schatting gemaakt hebben van het aantal cliënten dat in 1999 kraamzorg heeft ontvangen.

\* aantal verzorgingen 1998: 169.000 (van Muiswinkel et al 2000);  
aantal geborenen 1998: 199.408 (CBS 2000)

### *Wijze van aanmelding cliënten*

Niet alle cliënten wenden zich rechtstreeks tot een kraamcentrum. Een deel van de verzekerden wendt zich tot de zorgverzekeraars die op hun beurt de aanmelding doorgeven aan een kraamcentrum dat de zorg zal gaan verlenen. Een ander deel wendt zich tot zogenoemde callcentra voor kraamzorg. Deze callcentra zijn al dan niet onderdeel van een zorgverzekeraar. Een callcentrum functioneert als een intermediair tussen zorgverzekeraar en kraamzorgaanbieder, verzorgt alle noodzakelijke administratieve handelingen en meldt de cliënt aan bij een kraamzorgaanbieder. Naast de callcentra bestaan er ook bemiddelingsbureaus voor kraamzorg. Grotere kraamzorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld een eigen bemiddelingsbureau hebben waar de vraag naar zorg binnenkomt en vervolgens verdeeld wordt over de verschillende vestigingen. Gemiddeld genomen over alle kraamcentra meldt 55 procent van de cliënten zich zelf aan, 11 procent meldt zich aan via de zorgverzekeraar, 20 procent via een callcentrum van een zorgverzekeraar, 4 procent via een callcentrum (of bemiddelingsbureau) van een kraamzorgaanbieder en ten slotte meldt 8 procent zich op een andere manier aan (niet in tabel). Uit de toelichtingen blijkt dat aanmeldingen in deze laatste situatie bijvoorbeeld via verloskundigen of via collega-kraamzorgaanbieders verlopen. Ook wordt geconstateerd dat aanmeldingen via internet beginnen te lopen.

In tabel 2.6 staat vermeld met hoeveel callcentra de kraamcentra te maken hebben, dat wil zeggen van hoeveel callcentra zij aanmeldingen krijgen. Bijna eenderde van de kraamcentra krijgt geen aanmeldingen via callcentra, 15 hiervan zijn kraamcentra die niet aangesloten zijn bij LVT of BTN. Van de kraamcentra die wel aanmeldingen via callcentra krijgen, komen deze aanmeldingen in de meeste gevallen van één à twee callcentra.

Tabel 2.6 Kraamcentra naar aantal callcentra, via welke aanmeldingen verlopen

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen	7	16	5	28	15	55	27	30
1	19	43	6	33	8	30	33	37
2	8	18	4	22	1	4	13	15
3	7	16	2	11	2	7	11	12
4	3	7	1	6	1	4	5	6
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Centra die aanmeldingen krijgen via zorgverzekeraars, dus zonder tussenkomst van een callcentrum, hebben in de meeste gevallen eveneens met één à twee zorgverzekeraars te maken (niet in tabel).

### 3. DE BASISKWALITEITSEISEN KRAAMZORG

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de eerste twee vraagstellingen beantwoord. De eerste vraagstelling luidt: 'Zijn kraamzorgaanbieders bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?'

De tweede vraagstelling die in dit hoofdstuk behandeld wordt, luidt: "Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?"

Onder de *kwaliteit* van (kraam)zorg wordt in aansluiting bij de Kwaliteitswet zorginstellingen verstaan: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' (Staatsblad, no.80, 1996).

Onder *toegankelijkheid* wordt verstaan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de (kraam)zorg voor de zorggebruiker (IGZ).

De tweede vraagstelling is beantwoord aan de hand van de BasisKwaliteitseisen. Binnen de eisen is een groot aantal kwaliteitsnormen geformuleerd. In dit hoofdstuk wordt bekeken in hoeverre binnen de organisaties de kwaliteitsnormen beschikbaar zijn, er nog aan gewerkt wordt of dat men deze nog moet ontwikkelen. Daarnaast zijn in de vragenlijst extra aanvullende vragen met betrekking tot de kwaliteit en toegankelijkheid gesteld. Deze gegevens worden als aanvulling op de betreffende kwaliteitsnormen gepresenteerd.

De kwaliteitsnormen zijn ingedeeld aan de hand van de volgende thema's:

- A. Informatieverstrekking, aanmelding en intake
- B. Uitvoering van de zorg
- C. Zorgafsluiting en -evaluatie
- D. Kwaliteitsbeleid
- E. Kwaliteitssystemen
- F. Afspraken met zorgverzekeraars
- G. Ketenkwaliteit

Dit hoofdstuk volgt deze indeling, dat wil zeggen de thema's worden achtereenvolgens behandeld in de paragrafen 3.3 tot en met 3.8. Zoals eerder gezegd gelden deze normen vanaf 1 januari 2002, de kraamcentra hoeven hier momenteel niet aan te voldoen. De ontwikkelingsfasen waarin het kwaliteitsbeleid van diverse kraamzorgaanbieders zich bevinden kan verschillend zijn. Hoelang een kraamzorgaanbieder al bestaat, de grootte van het centrum en hoe lang deze zich met het kwaliteitsbeleid bezig houdt zijn factoren die hierop van invloed zijn. In dit onderzoek gaat het nadrukkelijk niet om de kwaliteit van de feitelijk geleverde kraamzorg; het gaat erom wat voor activiteiten kraamzorgaanbieders ontplooiën in het kader van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg.

Ten behoeve van de duidelijkheid en overzichtelijkheid worden in dit hoofdstuk gegevens gepresenteerd over hoeveel centra momenteel deze normen beschikbaar hebben. Voor de geïnteresseerde lezer zijn in de bijlage van dit hoofdstuk (Bijlage 1, pagina 101 e.v.) de tabellen per norm opgenomen, met daarin gedetailleerde informatie over centra die nog aan de betreffende normen werken en centra die nog moeten beginnen met het ontwikkelen daarvan. De gegevens worden steeds gepresenteerd op het niveau van de kraamzorgaanbieder. Dit zegt niets over hun marktaandeel.

## 3.2 Bekendheid met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg

De branche-organisaties LVT en BTN en de zorgverzekeraars hebben, zoals eerder gezegd, geen wettelijke verplichting om de BasisKwaliteitseisen te gebruiken. In een Uitkomst van Overleg (UvO) echter hebben de LVT, BTN en Zorgverzekeraars Nederland deze eisen geïncorporeerd. Op grond daarvan is het de verwachting dat deze BasisKwaliteitseisen op grote schaal in de kraamzorg gebruikt zullen worden om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg te bevorderen en te bewaken. Binnen de UvO is een gewenningsperiode van 2 jaar afgesproken: de kraamzorgaanbieders moeten per 1-1-2002 aan deze eisen voldoen. Overigens geldt de UVO alleen voor ziekenfondsverzekerden.

In tabel 3.1 staat vermeld of de kraamcentra op de hoogte zijn van deze eisen en van het feit dat men daar op 1 januari 2002 aan moet voldoen.

Tabel 3.1 Kraamcentra naar bekendheid met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg

	LVT N=44		BTN N=18		Overigen N=27		Totaal N=89	
	Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
Op de hoogte van de eisen	43	98	16	89	18	67	77	87
Op de hoogte van 2002	42	96	16	89	15	56	73	82

LVT- en BTN-leden zijn vrijwel allemaal op de hoogte van de BasisKwaliteitseisen en van het feit dat men daar vanaf 2002 aan moet voldoen. Ongeveer eenderde van de kraamcentra die niet aangesloten zijn bij de LVT of BTN zijn niet op de hoogte van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg en 44 procent van deze centra blijkt niet op de hoogte van het feit dat men daaraan op 1 januari 2002 moet voldoen.

In de vragenlijst is de centra gevraagd hoe ver zij zijn met de implementatie van de eisen. Meer dan de helft van het totaal aantal kraamcentra heeft aangegeven momenteel te werken aan de implementatie, 15 centra hebben de implementatie afgerond. Iets meer dan een kwart van de centra aangesloten bij de LVT heeft de implementatie van de BasisKwaliteitseisen afgerond en tweederde zegt bezig te zijn met de implementatie (zie tabel 3.2). Van de centra aangesloten bij BTN geven 11 centra aan te werken aan de implementatie, drie kraamcentra hebben de implementatie afgerond. Van de centra onder de categorie 'overigen' werkt ruim 40 procent aan de implementatie, geen van deze centra heeft de implementatie afgerond.

Tabel 3.2. Kraamcentra naar implementatie van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Moet nog beginnen	1	2	2	11	3	12	6	7
Wordt aan gewerkt	29	66	11	61	12	44	52	58
Implementatie afgerond	12	27	3	17	-	-	15	17
Onbekend	2	5	2	11	12	44	16	18
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Van 12 centra zijn geen gegevens bekend. Één respondent gaf als commentaar:

*‘Voor de kleine bureautjes is al dat “kwaliteitsbeleid” bijna ondoenlijk. Het kost veel tijd en het gaat bij kleine bureaus ten koste van de kwaliteit. Bij grote bureaus zie ik er wel het nut van in, maar bij een klein bureau zijn de lijnen zo kort en is de flexibiliteit juist de kracht.’ (resp. 108)*

De 52 kraamcentra die nog aan de implementatie van de BasisKwaliteitseisen werken is gevraagd op welke wijze dat gebeurt. De antwoorden staan in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Kraamcentra naar wijze van implementatie\*

	LVT N=29		BTN N=11		Overigen N=12		Totaal N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Interne procedures en werkwijzen vastleggen	28	97	9	82	7	58	44	85
Met andere kraamzorgaanbieders procedures vastleggen	10	35	5	46	4	33	19	37
Afspraken maken met andere zorgverleners	9	31	2	18	2	16	13	25
Afspraken maken met zorgverzekeraars	10	35	3	27	2	16	15	29
Anders	5	17	2	18	5	41	12	23

\*= Meerdere antwoorden mogelijk

Het merendeel van de centra die nog aan de implementatie werken zijn bezig met het vastleggen van interne procedures en werkwijzen. Ruim eenderde van deze centra legt procedures met andere kraamzorgaanbieders vast. Twaalf centra hebben aangegeven op een andere wijze bezig te zijn met de implementatie.

### 3.3 Informatie verstrekking, aanmelding en intake

In tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal kraamcentra dat kwaliteitsnormen ten aanzien van informatieverstrekking, aanmelding en intake beschikbaar heeft.

Tabel 3.4 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van informatieverstrekking, aanmelding en intake en de toegankelijkheid voor het verstrekken van informatie.

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schriftelijke informatie voor cliënten	43	98	18	100	25	93	86	97
Schriftelijke informatie voor allochtone cliënten	18	41	3	17	7	26	28	32
Procedures voor het verwerken van aanmeldingen	41	93	15	83	26	96	82	92
Procedures voor het verzorgen van intakes	42	96	15	83	25	93	82	92
Zorgovereenkomst, inclusief leveringsvoorwaarden	28	67	13	72	22	82	63	71
Dagelijks tijdens kantooruren bereikbaar	43	98	18	100	22	82	83	73

Uit de tabel blijkt dat nagenoeg alle centra schriftelijke informatie voor cliënten beschikbaar hebben. Het merendeel van de centra heeft procedures voor het verwerken van aanmeldingen, procedures voor het verzorgen van intakes en zorgovereenkomsten beschikbaar. Van de centra die deze normen nog niet beschikbaar hebben is het merendeel hier momenteel mee aan het werk (zie bijlage 1). Beduidend minder centra hebben informatie voor allochtone cliënten beschikbaar. In totaal 34 van de 89 centra moeten deze informatie nog ontwikkelen en 15 centra zijn er momenteel mee bezig. Zes van de 89 kraamcentra zijn niet dagelijks tijdens kantooruren bereikbaar voor informatie. Het betreft één LVT-lid en vijf centra behorend tot de categorie 'overigen'.

### 3.4 Uitvoering van de zorg

In tabel 3.5 staan de kwaliteitsnormen ten aanzien van de uitvoering van zorg. De kraamcentra beschikken voor het merendeel over deze normen.

Tabel 3.5 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van de uitvoering van de zorg

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procedure syst. deskundigheidsbevordering	34	77	9	50	14	52	57	64
Richtlijnen werving en selectie personeel	40	91	9	50	15	56	64	72
Procedure inwerken nieuw personeel	42	96	13	72	18	67	73	82
Richtlijnen begeleiding leerlingen/stagiaires	40	91	13	72	20	74	73	82
Standaarden en protocollen professioneel handelen	38	86	11	61	20	74	69	78
Individuele zorgplannen	43	98	17	94	24	89	84	95
Procedure systematische werkbegeleiding	38	86	6	33	15	56	59	66
Procedure bijstellen zorgafspraken	31	70	8	44	21	78	60	67
Richtlijnen tussentijdse evaluatie van zorg	37	84	15	83	24	89	76	85
Privacy-reglement	39	89	10	56	15	56	64	72
Klachtenprocedure	40	91	16	89	20	74	76	85

In vergelijking met centra die lid zijn van de LVT en de overigen hebben minder BTN-leden aangegeven op dit moment al te beschikken over procedures voor systematische werkbegeleiding en procedures voor het bijstellen van zorgafspraken. Van de centra die deze kwaliteitsnormen voor de uitvoering van de zorg nog niet beschikbaar hebben, blijkt het merendeel hier momenteel mee bezig te zijn (zie bijlage 1).

Wat betreft de bereikbaarheid voor assistentie bij bevallingen en voor inzet van kraamzorg hebben alle centra aangegeven 24 uur bereikbaar te zijn (niet in tabel).

### 3.5 Zorgafsluiting en -evaluatie

Uit tabel 3.6 blijkt dat het merendeel van de centra procedures voor zowel zorgafsluiting als voor afsluitende evaluatie van de zorg beschikbaar heeft. Aan de procedure voor zorgafsluiting wordt door vijf centra momenteel gewerkt en acht centra moeten hier nog aan beginnen (zie bijlage 1).

Tabel 3.6 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van zorgafsluiting en -evaluatie

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overige (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procedure voor afsluiting van zorg	37	84	15	83	24	89	76	85
Procedure voor afsluitende evaluatie van zorg	39	89	16	89	27	100	82	92

Wat betreft de procedure voor afsluitende evaluatie van de zorg wordt er door vier centra aan gewerkt en drie centra moeten nog beginnen (zie bijlage 1).

### 3.6 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem

Van het totaal aantal kraamcentra hebben 42 centra een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid beschikbaar en 32 centra een procedure voor de evaluatie van dat kwaliteitsbeleid (zie tabel 3.7). Het betreft voor het merendeel LVT-leden. De meerderheid van de centra die deze normen nog niet beschikbaar hebben, is hiermee momenteel aan het werk (zie bijlage 1).

Bij 37 van de 89 centra is een kwaliteitssysteem voor uitvoering, bewaking, evaluatie en bijstelling van het beleid in werking. Dit geldt voor meer dan de helft van de LVT-leden, iets meer dan eenderde van de BTN-leden en voor een kwart van de centra onder de categorie 'Overigen'. Zes instellingen hebben al wel een kwaliteitssysteem ontwikkeld, maar is het nog niet in werking gesteld. Ongeveer eenderde van de centra werkt momenteel aan een dergelijk systeem.

Tabel 3.7 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Kwaliteitsbeleid</b>								
Schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid	29	66	7	39	6	22	42	47
Procedure evaluatie kwaliteitsbeleid	23	52	3	17	6	22	32	36
<b>Kwaliteitssysteem</b>								
Is al in werking	23	52	7	37	7	26	37	42
Is ontwikkeld maar nog niet in werking	2	5	1	6	3	11	6	7

Met betrekking tot onderdelen van een kwaliteitssysteem is gekeken of de kraamcentra taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers schriftelijk hebben vastgelegd en of zij een registratiesysteem hebben voor het bewaken van kwaliteit van de geleverde zorg. Uit tabel 3.8 blijkt dat driekwart van het totaal aantal centra de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de medewerkers schriftelijk heeft vastgelegd. Tien centra hebben dit niet vastgelegd en bij eveneens 10 centra wordt hier momenteel aan gewerkt (zie bijlage 1). Meer dan de helft van het totaal aantal instellingen heeft een registratiesysteem voor kwaliteits- en kwantiteitsbewaking van de geleverde zorg. Iets minder dan een kwart werkt hier momenteel aan en bij 12 instellingen moet dit nog ontwikkeld worden (zie bijlage 1).

Tabel 3.8 Kraamcentra naar onderdelen van kwaliteitssystemen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Taken, bevoegdheden etc schriftelijk vastgelegd	41	93	11	61	17	63	69	78
Registratiesysteem voor kwaliteits- en kwantiteitsbewaking	25	57	10	56	18	67	53	60

### 3.7 Afspraken met zorgverzekeraars

In deze paragraaf komen de afspraken met zorgverzekeraars aan de orde. Binnen de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg zijn hierover twee kwaliteitsnormen geformuleerd. Het betreft normen over de aard en omvang van de te leveren zorg en afspraken over extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden. Daarnaast zijn in de vragenlijst aanvullende vragen gesteld over de afspraken met zorgverzekeraars. Ook is de kraamcentra gevraagd of zij zelf contracten afsluiten met zorgverzekeraars en met hoeveel zorgverzekeraars. Het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders kan via organisaties als het Landelijk Transferpunt Zorg (LTZ, voorheen Landelijk Transferpunt Thuiszorg genoemd), Thuiszorgaanbieders Zuid-Nederland (TAZ) of de Algemene Thuiszorg Centrale (ATC) verlopen.

Van de kraamcentra aangesloten bij de LVT of BTN sluit meer dan de helft zelf contracten af met een zorgverzekeraar (zie tabel 3.9). Twaalf centra aangesloten bij de LVT, twee centra aangesloten bij BTN en één van de overige centra hebben aangegeven niet zelf contracten af te sluiten. Dat gebeurt door TAZ, LTZ en/of ATC.

Tabel 3.9 Overzicht van afspraken van kraamcentra met zorgverzekeraars

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sluit zelf contracten af	25	57	10	56	11	41	46	51
Sluit niet zelf contracten af	12	27	2	11	1	4	15	17
Geen contract	7	16	6	33	15	55	28	32
Contract(en) met:								
1 zorgverzekeraar	11		2		5		18	
2	7		3		5		15	
3	12		2		1		15	
4	3		2		-		5	
5	-		1		2		1	
7	1		1		-		2	
8	2		-		-		2	
60*	-		1		-		1	
Onbekend	1		-		-		1	

\*= grote landelijke organisatie



In totaal 28 centra hebben geen contract met een zorgverzekeraar, 15 daarvan vallen in de categorie 'overigen'. In totaal 15 organisaties sluiten niet zelf contracten af, maar dit wordt voor hen gedaan door TAZ, ATC of LTZ. Meer dan de helft van het totaal aantal centra, namelijk 48, heeft met één tot drie zorgverzekeraars contracten afgesloten.

### Kwaliteitsnormen

De kwaliteitsnormen ten aanzien van de afspraken met zorgverzekeraars hebben betrekking op de omvang van de zorg, extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden. Bijna alle BTN- en LVT-leden hebben met zorgverzekeraars afspraken hierover gemaakt (zie tabel 3.10).

Tabel 3.10 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van afspraken met zorgverzekeraars

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afspraken over aard en omvang van de te leveren zorg	41	93	17	94	19	70	77	87
Afspraken over extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden	41	93	17	94	19	70	77	87

Verder zijn vragen gesteld over de afspraken voor 2000 met zorgverzekeraars wat betreft het aantal intakes op jaarbasis, de verzorgingsduur per kraamperiode en afspraken over kwaliteitseisen voor de kraamzorg.

Eenderde van de centra maakt afspraken met zorgverzekeraars over het aantal intakes op jaarbasis, 62% maakt afspraken over de verzorgingsduur op jaarbasis en 50%, ten slotte over de kwaliteitseisen van de kraamzorg (zie tabel 3.11).

Tabel 3.11 Overzicht van afspraken van kraamcentra met zorgverzekeraars

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afspraken over:*								
Aantal intakes op jaarbasis	21	48	3	17	5	19	29	33
Verzorgingsduur per kraamperiode	35	80	11	61	9	33	55	62
Kwaliteitseisen v.d. kraamzorg	27	61	9	50	9	33	45	51

\*= In totaal 28 instellingen hebben geen contract, percentage over totaal

## 3.8 Ketenkwaliteit

In de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg zijn normen opgesteld met betrekking tot de samenwerking met andere zorgaanbieders. Onder andere zorgaanbieders wordt hier verstaan verloskundigen, verloskundig-actieve huisartsen, jeugdgezondheidsdienst en ziekenhuizen.

Uit tabel 3.12 blijkt dat richtlijnen voor informatie en overdracht aan andere zorgverleners bij de meeste centra beschikbaar zijn, maar dat in minder dan de helft van de kraamcentra protocollen en werkinstructies beschikbaar zijn over de afstemming van de zorg met andere zorgverleners. Ook een beleid ten aanzien van afstemming van zorg met andere zorgaanbieders is maar bij ruim de helft van de kraamcentra beschikbaar.

Tabel 3.12 Overzicht van de beschikbaarheid van kwaliteitsnormen ten aanzien van ketenkwaliteit

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Beleid t.a.v. afstemming met andere zorgaanbieders	29	66	3	17	11	41	43	48
Protocollen en werkinstructies t.a.v. afstemming met andere zorgverleners	25	57	2	11	9	33	36	41
Richtlijnen voor informatie en overdracht aan andere zorgverleners	37	84	11	61	17	63	65	73

Met betrekking tot de samenwerking met andere zorgaanbieders is de kraamcentra gevraagd of zij afspraken hebben met verloskundigen, verloskundig-actieve huisartsen, jeugdgezondheidsdienst en ziekenhuizen over de afstemming van de zorgverlening. Of deze afspraken schriftelijk zijn vastgelegd en om welke afspraken het dan gaat. Ook is gevraagd of zij met deze zorgverleners structureel overleg hebben. Ruim driekwart van het totaal aantal centra heeft afspraken met verloskundigen, bijna een derde heeft dit ook schriftelijk vastgelegd (zie tabel 3.13). Van de centra die afspraken hebben met verloskundigen heeft het merendeel afspraken over het gebruik van het zorgplan, afspraken over afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en afstemming van procedures, protocollen en werkinstructies.

Tabel 3.13 Kraamcentra naar afspraken met verloskundigen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Afspraken met:</b>								
Verloskundigen	43	98	11	61	15	56	69	78
-waarvan schriftelijke afspraken	17	40	2	18	2	13	21	30
<b>Afspraken over:</b>								
-afstemming taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	36	84	8	73	14	93	58	84
-afstemming van procedures, protocollen en werkinstructies	38	88	7	64	12	80	57	86
-het gebruik van het zorgplan	38	88	10	91	13	87	61	88

Uit tabel 3.14 blijkt dat ongeveer eenderde van de kraamcentra afspraken heeft met verloskundig actieve huisartsen. De meeste hiervan zijn LVT-leden. Deze afspraken zijn voor het

merendeel niet schriftelijk vastgelegd. Een contactpersoon vermeldde nadrukkelijk bij deze vraag dat:

*“er tweemaal per jaar overleg is met verloskundigen, maar dat de verloskundig actieve huisartsen dit niet willen en het daarom ook niet gebeurt” (resp. 70)*

Tabel 3.14 Kraamcentra naar afspraken met verloskundig actieve huisartsen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Afspraken met:</b>								
Verloskundig actieve huisartsen	20	46	3	17	4	15	27	30
-waarvan schriftelijke afspraken	6	30	-	-	1	25	7	26
<b>Afspraken over:</b>								
-afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	19	95	2	67	4	100	25	93
-afstemming van procedures, protocollen en werkinstructies	20	100	2	67	4	100	26	96
-het gebruik van het zorgplan	20	100	2	67	3	75	25	83

Uit tabel 3.15 blijkt dat met name LVT-leden afspraken hebben met de jeugdgezondheidsdienst. Deze zijn voor het merendeel ook schriftelijk vastgelegd.

Tabel 3.15 Kraamcentra naar afspraken met de jeugdgezondheidszorg

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Afspraken met:</b>								
jeugdgezondheidszorg	39	89	5	28	9	33	53	60
-waarvan schriftelijke afspraken	33	85	2	40	1	11	36	68
<b>Afspraken over:</b>								
-afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	34	87	2	40	4	44	40	76
-afstemming van procedures, protocollen en werkinstructies	37	95	3	60	4	44	44	83
-het gebruik van het zorgplan	32	82	3	60	4	44	39	74
-overdracht van gegevens	39	100	5	100	9	100	53	100

Een zelfde beeld geeft tabel 3.16: ook hier blijken LVT-leden in de meerderheid wat betreft afspraken met ziekenhuizen.

Uit de tabellen 3.13 tot en met 3.16 blijkt dat, als er afspraken gemaakt zijn met andere zorgaanbieders, deze afspraken ook redelijk volledig zijn. LVT-leden zijn het meest ver hierin, ze hebben bijna allemaal afspraken met andere zorgaanbieders. Dat het aantal kraamcentra dat afspraken heeft met verloskundig actieve huisartsen daarbij achter blijft, kan ook samenhangen

met de regio waar men werkzaam is. Niet in elke regio zijn nog huisartsen die verloskundig actief zijn.

Tabel 3.16 Kraamcentra naar afspraken met ziekenhuizen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Afspraken met:</b>								
ziekenhuizen	39	89	3	17	8	30	50	56
-waarvan schriftelijke afspraken	22	56	2	67	1	13	25	50
<b>Afspraken over:</b>								
-afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	27	69	1	33	4	50	32	64
-afstemming van procedures, protocollen en werkinstructies	31	80	1	33	5	63	37	74
-het gebruik van het zorgplan	24	62	-	-	4	50	28	56
-zorgoverdracht na poliklinische bevalling of ziekenhuisopname	39	100	3	100	8	100	50	100

De centra is gevraagd of zij met de betreffende zorgaanbieders structureel (periodiek) overleg hebben en indien dit het geval is, hoe vaak dit per jaar plaatsvindt. Uit tabel 3.17 blijkt dat het met name de LVT-leden zijn die structureel afspraken hebben met deze zorgaanbieders. Met verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ziekenhuizen hebben deze centra gemiddeld 2,3 keer per jaar overleg. Met de jeugdgezondheidszorg wordt gemiddeld vier maal per jaar overlegd.

Tabel 3.17 Kraamcentra naar structureel (periodiek) overleg met verloskundigen en verloskundig-actieve huisartsen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen	42	96	7	39	10	37	59	66
<i>Gemiddeld keer per jaar:</i>	2,3		3,1		3,4		2,6	
Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar	34	77	1	6	2	7	37	42
<i>Gemiddeld keer per jaar*:</i>	4,0		2		2,5		3,8	
Ziekenhuizen	36	82	3	17	3	11	42	47
<i>Gemiddeld keer per jaar:</i>	2,3		1,7		2,7		2,2	

\*= range van 1 tot 52 keer per jaar.

Uit tabel 3.18 blijkt dat het merendeel van de kraamcentra afspraken heeft met betrokken zorgaanbieders over verantwoordelijkheden met betrekking tot de uitvoering van de PKU, CHT en AGS screening, beter bekend als de hielprik. De hielprik is een voorbehouden handeling, die meestal wordt uitgevoerd door verloskundigen of JGZ-verpleegkundigen, maar in sommige

gevallen ook door kraamverzorgenden. In dit onderzoek is niet gevraagd naar de inhoud van de afspraken en derhalve zijn geen gegevens bekend wie de hielprik uit voert.

Tabel 3.18 Kraamcentra naar afspraken met betrokken zorgaanbieders over verantwoordelijkheid ten aanzien van de uitvoering van de PKU, CHT en AGS screening (hielprik)

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	39	89	11	61	18	67	68	76
Nee	5	11	7	39	9	33	21	24
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

### 3.9 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is in eerste instantie de vraag beantwoord of de kraamzorgaanbieders op de hoogte waren van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. De kraamcentra aangesloten bij BTN of de LVT zijn nagenoeg allemaal op de hoogte van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. Voor de overige niet aangesloten centra is dit tweederde. De LVT- en BTN-leden zijn eveneens bijna allemaal op de hoogte van het feit dat men op 1-1-2002 aan deze eisen moet voldoen. Voor de 'overige' centra is dit iets meer dan helft. Twaalf van de 44 LVT-leden en drie van de 18 BTN-leden hebben de implementatie afgerond, van de overige centra niemand. Meer dan de helft van het totaal aantal centra heeft aangegeven bezig te zijn met de implementatie van deze eisen. Het merendeel is bezig met het vastleggen van interne procedures en werkwijzen, ongeveer eenderde met het vastleggen van procedures met andere kraamzorgaanbieders en een kwart met afspraken met andere zorgverleners.

Concluderend kan gesteld worden dat meer BTN- en LVT-leden op de hoogte zijn van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg in vergelijking met de niet aangesloten kraamcentra. Wat betreft de implementatie van de eisen kan gesteld worden dat de centra zich in eerste instantie concentreren op het vastleggen van interne werkwijzen en procedures, met andere woorden: de procedures die gerelateerd zijn aan de directe zorgverlening.

In dit hoofdstuk is vervolgens beschreven welke activiteiten en middelen kraamzorgaanbieders inzetten ten behoeve van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg (tweede vraagstelling). Dit is onder meer gebeurd aan de hand van de kwaliteitsnormen zoals geformuleerd in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. De kraamcentra hoeven hier momenteel nog niet aan te voldoen. Gekeken is in hoeverre de kraamcentra deze kwaliteitsnormen reeds beschikbaar hebben.

Het merendeel van de kraamcentra heeft in het algemeen de beschreven kwaliteitsnormen beschikbaar of werkt er momenteel nog aan. Bijna alle centra hebben de kwaliteitsnormen met betrekking tot *informatieverstrekking, aanmelding en intake* beschikbaar. Alleen de schriftelijke informatie voor allochtone cliënten moet door het merendeel van de centra nog ontwikkeld worden. Nagenoeg alle centra zijn tijdens kantooruren bereikbaar voor informatie.

Het merendeel heeft ten aanzien van *de uitvoering van de zorgverlening* protocollen, standaarden en richtlijnen beschikbaar of werkt er aan. Dit geldt eveneens voor de *afsluiting en evaluatie van de zorg*. Minder centra hebben kwaliteitsnormen voor *kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen* beschikbaar. LVT-leden hebben op dit moment in vergelijking met kraamcentra aangesloten bij BTN en de niet aangesloten centra vaker deze normen beschikbaar. De centra die nog niet beschikken over deze normen blijken voor het merendeel momenteel hieraan te werken. Alle centra zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar voor het inzetten van kraamzorg.

Het merendeel van de centra heeft normen ten aanzien van *afspraken met zorgverzekeraars* beschikbaar.

Wat betreft de *ketenkwaliteit* is er een duidelijk onderscheid tussen de drie categorieën: meer LVT-leden hebben normen beschikbaar over beleid, protocollen en werkinstructies ten aanzien van afstemming met andere zorgaanbieders. BTN-leden en de niet aangesloten centra hebben aangegeven dat men deze nog moet ontwikkelen. Dit onderscheid is er niet wat betreft richtlijnen voor informatie en overdracht aan andere zorgverleners: het merendeel van de centra heeft deze beschikbaar. Verder blijken meer kraamcentra aangesloten bij de LVT structureel overleg te hebben met andere nauw betrokken zorgaanbieders als ziekenhuizen, jeugdgezondheidszorg, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. De kraamcentra lijken ten aanzien van de kwaliteitsnormen in eerste instantie geïnvesteerd te hebben in de normen betreffende de directe uitvoering van de zorgverlening. Dit komt overeen met de gegevens uit de tweede paragraaf van dit hoofdstuk waaruit bleek dat het merendeel van de centra werkte aan de vastlegging van interne procedures en werkwijzen.

## 4. TOEGANKELIJKHEID

### 4.1 Inleiding

Toegankelijkheid van kraamcentra wordt door meer factoren bepaald dan beschikbaarheid van informatie en bereikbaarheid van de centra. Personeelstekort, afspraken met zorgverzekeraars, financieringsregelingen en bijvoorbeeld wensen van cliënten kunnen allen in de dagelijkse praktijk leiden tot het toepassen van selectiecriteria. In dit hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan en wordt de derde vraagstelling beantwoord. Deze luidde: "Passen kraamzorgaanbieders selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria? Selectie vanuit de kraamcentra kan plaatsvinden op zorginhoudelijke gronden, financiële gronden en bijvoorbeeld het ontbreken van een contractrelatie met een zorgverzekeraar. Maar ook zaken als personeelstekort kunnen in de dagelijkse gang van zaken leiden tot selectie van cliënten. Alvorens in te gaan op de selectiecriteria wordt dan ook in paragraaf 4.2 de beschikbaarheid van het personeel van de centra behandeld.

### 4.2 Beschikbaarheid van personeel

De kraamcentra is gevraagd of het huidige personeelsbestand in overeenstemming is met de zorgvraag.

Uit tabel 4.1 blijkt dat een kwart van het totaal aantal centra van mening is dat het huidige personeelsbestand zonder meer in overeenstemming is met de zorgvraag. Een vijfde van de centra verwacht op termijn wel problemen op personeelsgebied. Tijdens piekperiodes heeft 40 procent van de centra te weinig personeel. Ongeveer een kwart van de LVT- en BTN leden heeft op dit moment te weinig personeel.

Tabel 4.1 Kraamcentra naar overeenstemming van het huidige personeelsbestand met de zorgvraag\*

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	8	18	6	33	9	33	23	26
Ja, maar naar verwachting op termijn structureel te weinig personeel	10	23	3	17	5	19	18	20
Ja, maar incidenteel (b.v. in piekperiodes) te weinig personeel	22	50	7	39	7	26	36	40
Ja, maar .....	5	11	2	11	5	19	12	14
Nee, momenteel te weinig	11	25	5	28	4	15	20	23

\* = meerdere antwoorden mogelijk

Uit de vijf reacties bij de vierde antwoordmogelijkheid 'ja, maar...' blijkt dat twee centra plannen naar het aantal beschikbare personeelsleden, maar indien men meer personeel had meer werk had kunnen aannemen. De overige drie reacties geven aan dat er geen absoluut te kort is maar een relatief tekort, meestal als gevolg van ziekteverzuim. Gegevens over het ziekteverzuim, zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof, in 1999 staan in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Kraamcentra naar gemiddeld percentage ziekteverzuim, inclusief en exclusief zwangerschapsverlof, in 1999 (% = percentage ziekteverzuim)

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inclusief zwangerschapsverlof	44	12,8	12	7,6	23	5,2	79	9,8
Exclusief zwangerschapsverlof	41	8,4	12	6,3	23	3,9	76	5,2

Uit tabel 4.2 blijkt dat LVT- leden in 1999 gemiddeld het hoogste percentage ziekteverzuim hadden, zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof, respectievelijk 13 en 8 procent. De niet aangesloten centra vallend onder de categorie 'Overigen' kenden in 1999 het minste ziekteverzuim, 5 procent inclusief en 4 procent exclusief zwangerschapsverlof. Hierbij dient opgemerkt te worden dat kraamcentra die werken met zogenaamde nul-uren contacten een lager ziekteverzuim kunnen laten zien, omdat in die gevallen ziekteverzuim niet geregistreerd wordt. Het is niet bekend of, en zo ja welke centra met nul-contracten werken.

### 4.3 Selectiecriteria

De kraamcentra is gevraagd of zij selectiecriteria, dat wil zeggen insluitings- en/of uitsluitingscriteria, bij de inschrijving van nieuwe cliënten voor kraamzorg hanteren.

Tabel 4.3 Kraamcentra naar het al dan niet hanteren in selectiecriteria bij de inschrijving van nieuwe cliënten voor kraamzorg \*

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja, zorginhoudelijke in-/uitsluitcriteria	3	7	3	17	8	30	14	16
Ja, financiële in-/uitsluitcriteria	4	9	1	6	3	11	8	9
Ja, ontbreken van contractrelatie met zorgverzekeraar van cliënt	19	43	9	50	12	44	40	45
Ja, andere in-/uitsluitcriteria	8	18	5	28	8	30	21	24
Nee	17	39	6	33	8	30	31	35

\*= meerdere antwoorden mogelijk

Uit tabel 4.3 blijkt dat ongeveer eenderde van de kraamcentra geen selectiecriteria hanteert. Het *ontbreken van een contractrelatie* met de zorgverzekeraar is voor de centra die wel criteria hanteren de meest genoemde reden. Uit de toelichtingen op deze vraag blijkt dat er bij ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar van de cliënt geen zorg mogelijk is. Viermaal wordt genoemd dat de cliënt terugverwezen wordt naar de zorgverzekeraar. Drie centra geven aan wel zorg te verlenen, maar dan is de rekening voor de cliënt zelf, die in een enkel geval vooraf voldaan moet worden. Eén centrum neemt zelf contact op met de betreffende zorgverzekeraar en als deze toestemming geeft wordt de zorg verleend.

Van het totaal aantal kraamcentra hanteren 14 centra criteria op *zorginhoudelijke gronden*. Uit de in totaal 11 reacties blijkt dat in de volgende situaties selectie criteria gehanteerd worden.



Viermaal worden arbeidsomstandigheden genoemd zoals: bed niet op de goede hoogte, meer huishoudelijke werk gevraagd, mensen die slecht behuisd zijn (hetgeen zelden voorkomt) en als er in het algemeen eisen worden gesteld, waaraan het kraamcentrum niet kan voldoen. De overige reacties gaan voornamelijk over de hoeveelheid zorg die men kan bieden of men wil bieden. Zo is een late aanmelding (na de vijfde maand) reden om geen zorggarantie te geven, maar heeft de cliënt in principe alleen recht op basiszorg. In situaties bij te veel cliënten wordt alleen kraambezoek (drie uur zorg) gegarandeerd. Dit kraamcentrum spreekt ook voor de zomerperiode met cliënten af dat er minder zorg gegeven wordt, hetgeen betekent voor cliënten die zich op tijd hebben ingeschreven 48 uur in zes dagen. Een ander centrum geeft liever geen wijkzorg en een ander ten slotte biedt geen zorg aan in situaties waarin minder dan drie uur zorg wordt gevraagd.

Acht centra hanteren *financiële criteria*, vier hiervan zijn LVT-leden, één BTN-lid en drie centra die niet aangesloten zijn bij een van beide branche-organisaties. Uit de zeven reacties blijkt dat de belangrijkste financiële reden om een cliënt te weigeren of slechts basiszorg aan te bieden het feit is dat de vorige keer niet betaald is (viermaal genoemd). Twee reacties hangen nauw hiermee samen: als niet verzekerde cliënten zich inschrijven kunnen ze geweigerd worden tenzij de cliënt bereid is vooraf zelf te betalen. De laatste reden om op financiële gronden iemand te weigeren is in het geval dat de cliënt niet akkoord gaat met de gehanteerde tarieven.

Ten slotte hanteren 21 kraamcentra naast eventueel bovenstaande criteria nog andere. Vijf maal worden te late inschrijvingen genoemd: deze cliënten zijn afhankelijk van de planning en ruimte die er op dat moment bij de betreffende kraamcentra is en krijgen geen zorggarantie. Vijf centra geven aan dat als zij vol zitten geen inschrijvingen meer mogelijk zijn. De overige reacties hebben achtereenvolgens betrekking op de al eerder genoemde arbeidsomstandigheden, wانبetalers die in de toekomst uitgesloten worden, een minimum aantal uren van 5 uur per dag, de bereikbaarheid van de cliënt voor de kraamverzorgsters. Een laatste criterium heeft betrekking op de (geloofs)identiteit van het kraamcentrum: de cliënten moeten deze onderschrijven.

De kraamcentra is vervolgens gevraagd of er specifieke groepen zijn die niet in aanmerking komen voor kraamzorg. In tabel 4.4 staan de antwoorden op deze vraag.

Een vijfde van de kraamcentra (21%) geeft aan dat er specifieke groepen zijn die niet in aanmerking komen voor kraamzorg. Het betreft bijna de helft van de centra niet aangesloten bij de LVT of BTN. Uit de toelichting blijkt dat het gaat om ziekenfondsverzekerden: de betreffende centra hebben (nog) geen contract met een zorgverzekeraar. Daarnaast zijn min of meer centra-gebonden redenen genoemd, zoals geloofsovertuiging of bijvoorbeeld als cliënten bij voorbaat een allochtone kraamverzorgster weigeren. Eén kraamcentrum levert geen wijkzorg, maar minimaal 5 uren-zorg, waardoor bepaalde groepen buiten de boot vallen.

Tabel 4.4 Kraamcentra naar specifieke groepen, die niet in aanmerking komen voor kraamzorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	4	9	2	11	13	48	19	21
Nee	40	91	16	89	14	52	70	79
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Het merendeel van alle instellingen maakt geen gebruik van een indicatiesysteem. Indien dat wel gebeurt gaat het vaak om een eigen systeem (zie tabel 4.5).

Tabel 4.5 Kraamcentra naar al dan niet gebruikmaking van een indicatiesysteem

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja, landelijk systeem	4	9	1	6	-	-	5	6
Ja, eigen systeem	14	32	6	33	8	30	28	31
Nee	26	59	11	61	19	70	56	63
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Meer dan de helft van het totaal aantal centra geeft aan dat er in 1999 aanmeldingen zijn geweest die niet geleid hebben tot een intake (zie tabel 4.6). Eerder is aangegeven (zie tabel 4.3) dat voor 45 van de 89 kraamcentra het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar van de cliënt een reden is om die cliënt niet in te schrijven. Uit tabel 4.6 blijkt dat dat in 1999 bij 26 van de 89 kraamcentra inderdaad het geval is geweest.

Tabel 4.6 Kraamcentra naar aanmeldingen die niet hebben geleid tot een intake in 1999 \*

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	27	61	8	44	20	74	55	62
Betrof de volgende zorgvragers:								
- zwangeren met wiens zorgverzekeraar geen contract is afgesloten	14	32	3	17	6	23	23	26
- zwangeren die alleen wijkkraamzorg willen	4	9	1	6	2	7	7	8
- zwangeren die onvoldoende de Nederlandse taal beheersen	-	-	2	11	1	4	3	3
- andere zorgvragers	17	39	4	22	10	37	31	35

\*= meerdere antwoorden mogelijk

In een kwart van de gevallen gaat het om zorgvragers met wiens zorgverzekeraar de centra geen contract hebben. Ongeveer een derde van de centra geeft aan dat het om andere zorgvragers gaat, genoemd worden onder andere; te late aanmeldingen, geboorten voor de 36-ste week, situaties waarin het om miskramen en verhuizingen gaat. Eenmaal wordt melding gemaakt van het feit dat een zorgverzekeraar geen intakes vergoedt: gebeurt de intake toch dan gaat het van de verzorgingsduur af. Een andere respondent meldt dat intakes voor particulieren niet door de zorgverzekeraar vergoed worden en weer een andere geeft aan dat particulieren die aangemeld worden via een bepaald bemiddelingsbureau geen intake krijgen omdat deze door het betreffende bureau niet vergoed worden. Een laatste opmerking betreft allochtonen: zij blijken zich vaak pas aan te melden op het moment dat ze gaan bevallen, waarna in principe alleen minimale zorg gegeven wordt.

Bij het merendeel van de centra is het in 1999 niet voorgekomen dat men op het moment van de bevalling geen kraamverzorgende beschikbaar had (zie tabel 4.7). Bij ongeveer 15 procent was dat 1 à 2 maal het geval. Vijf centra maken melding van 4 of meer keer per jaar.

Tabel 4.7 Kraamcentra naar geen kraamverzorgende beschikbaar bij de partus

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niet voorgekomen	30	68	14	77	22	81	68	74
1 keer	5	11	-	-	3	11	8	9
2 keer	4	9	1	6	1	4	6	7
4 keer of meer	3	7	2	11	-	-	5	6
Onbekend	2	5	1	6	1	4	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Met enige regelmaat komt het voor dat kraamcentra minder uren zorg leveren dan vooraf was afgesproken, namelijk bij 30 van de 89 kraamcentra (34%), terwijl nog eens 18 centra (20%) niet weten of dat is voorgekomen (niet in tabel). De meeste kraamcentra hebben in 1999 geen inschrijvingen geweigerd, 26 (29%) hebben dat wel gedaan en 9 (10%) weten niet of dat is voorgekomen (niet in tabel). Het gegeven dat kraamcentra inschrijvingen weigeren kan zowel positief als negatief uitgelegd worden. Door nieuwe inschrijvingen te weigeren als de planning vol is, kan beter gegarandeerd worden dat degenen die wel ingeschreven zijn ook de afgesproken hoeveelheid zorg ontvangen. Daar staat tegenover dat degene die geweigerd wordt misschien helemaal geen kraamzorg ontvangt. Door géén inschrijvingen te weigeren bestaat het risico dat een deel van de cliënten minder zorg ontvangt dan was afgesproken.

Het merendeel van de centra kan het minimum aantal uur kraamzorg ook garanderen tijdens vakantie en piekperiodes, zoals blijkt uit tabel 4.8.

Tabel 4.8 Kraamcentra naar garantie minimum aantal uur kraamzorg in piekperiodes en vakantie

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	42	96	17	94	26	96	85	96
Nee	2	4	1	6	1	4	4	4
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Het merendeel van de centra is meestal, dat wil zeggen in minimaal driekwart van de gevallen, in staat meer zorg te verlenen dan vooraf is overeengekomen met de cliënt als dit tijdens de kraamperiode nodig mocht blijken te zijn (zie tabel 4.9). Twaalf centra, waaronder acht LVT-leden, zijn in staat dat soms te verlenen, hetgeen betekent in circa een kwart tot driekwart van de gevallen.

Tabel 4.9 Kraamcentra naar meer zorg dan overeengekomen indien nodig

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja, meestal/altijd	36	82	16	89	25	93	77	86
Ja, soms	8	18	2	11	2	7	12	14
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Van de 61 kraamcentra die contracten hebben met één of meer zorgverzekeraars, geven 53 centra aan dat ten minste één van de zorgverzekeraars deze meerzorg ook vergoed. Acht centra hebben echter geen zorgverzekeraar genoemd die deze meerzorg vergoed.

#### 4.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is nagegaan of kraamzorgaanbieders selectiecriteria voor cliënten toepassen. Dit kan om verschillende redenen gebeuren. Om zorginhoudelijke redenen, financiële redenen en/of bijvoorbeeld het ontbreken van een contractrelatie met een zorgverzekeraar. Maar ook zaken als personeelstekort kunnen in de dagelijkse gang van zaken leiden tot selectie van cliënten.

Als eerste is dan ook gekeken of het huidige personeelsbestand van de kraamcentra in overeenstemming is met de zorgvraag. Dit blijkt bij een kwart van de centra het geval te zijn. Een vijfde van de centra verwacht op termijn echter wel problemen. Eveneens ongeveer een vijfde heeft momenteel te weinig personeel gezien de zorgvraag. Zo'n 40 procent heeft aangegeven dat met name in piekperioden men te weinig personeel heeft.

Eenderde van de kraamcentra heeft aangegeven dat men geen selectiecriteria toepast. De meest genoemde reden waarom men wel selectie toepast is het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar van de cliënt. Veertien centra hanteren selectiecriteria op zorginhoudelijk gronden. Arbeidsomstandigheden, te late aanmeldingen of een minimaal aantal zorguren zijn de meest genoemde redenen om selectie toe te passen.

Bij financiële redenen, door acht centra genoemd, gaat het met name om cliënten die de vorige keer niet betaald hebben. Daarnaast zijn bereikbaarheid voor kraamverzorgsters, een volle planning en geloofswaardigheid van het centrum redenen die genoemd zijn om te selecteren. Een vijfde van de centra heeft aangegeven dat er specifieke groepen zijn die niet in aanmerking komen voor kraamzorg. Het betreft voor het merendeel ziekenfondsverzekerden die zich aanmelden bij niet-aangesloten centra: deze centra hebben (nog) geen contract met de betreffende zorgverzekeraar.

Meer dan de helft van de kraamcentra heeft aangegeven dat het voorkomt dat aanmeldingen niet leiden tot een intake. In een kwart van de gevallen gaat het om het ontbreken van een contractrelatie met de zorgverzekeraar. Twee maal wordt melding gemaakt van het feit dat intakes voor particulieren niet vergoed worden: in de ene situatie niet door een bemiddelingsbureau, in de andere situatie niet door de zorgverzekeraar. Andere genoemde redenen zijn te late aanmeldingen, miskramen en verhuizingen.

Bij het merendeel van de centra is het in 1999 niet voorgekomen dat men geen kraamverzorgsters beschikbaar had op het moment van de bevalling. In 1999 is het bij ongeveer een derde van de centra voorgekomen dat men minder uren kraamzorg verleende dan vooraf was afgesproken in de zorgovereenkomst met de cliënt. In situaties waarin meer zorg nodig is blijkt meer dan 80 procent van de kraamcentra meer zorg te kunnen verlenen.

## 5. OPLEIDING EN BEGELEIDING

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de vierde vraagstelling behandeld: “Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders?”.

Zoals uit de inleiding bleek, leidde in 1998 de krapte op de arbeidsmarkt tot aanzienlijke problemen in de kraamzorg. Het arbeidsmarktprobleem voor de thuiszorg als geheel vormde destijds onderwerp van overleg tussen sociale partners en de overheid. De problemen binnen de kraamzorgsector hadden in grote delen van het land zulke vormen aangenomen dat hiervoor met voorrang een apart traject moest worden ingezet. In de zomer van 1998 is spoedoverleg gevoerd tussen het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Volksgezondheid, Zorgverzekeraars Nederland en de brancheorganisaties LVT en BTN. In dit overleg hebben alle partijen de problematiek erkend en hebben zij de bereidheid uitgesproken om de problematiek op korte termijn aan te pakken. Hiertoe hebben zij een Platform Kraamzorg in het leven geroepen waarin overleg kon plaatsvinden over de uitwerking van afspraken gericht op het oplossen van de knelpunten in de kraamzorg. Eén van de oplossingen was het op korte termijn opstarten van een verkorte opleiding tot kraamverzorgende. Inmiddels zijn twee varianten van een verkorte opleiding gestart, voor het eerst in het cursusjaar 1998/1999:

- een kortdurende cursus van 9 - 12 maanden voor mensen die in een andere sector van de zorg zijn opgeleid;
- een cursus van 18 maanden voor mensen die nog geen enkele opleiding in de zorgsector hebben genoten.

Deze opleidingen zijn bedoeld voor volwassenen van 21 jaar en ouder. De verkorte cursussen krijgen vorm door de bemoeienis van de LVT (via STOC) en de BTN (via Stichting Zorgcollege Nederland) (Kerstens e.a. 2000).

### 5.2 Opleiding kraamverzorgenden

Om enig zicht te krijgen op de vraag hoe binnen de instellingen de verhouding is van kraamverzorgenden van de opleiding met een ‘normale’ duur en kraamverzorgenden van de opleiding met een ‘verkorte’ duur, is aan de kraamcentra gevraagd om aan te geven door middel van welke opleiding de kraamverzorgenden in hun instelling gekwalificeerd zijn (tabel 5.1).

Hieruit blijkt dat 50 procent van de LVT- en BTN-leden al kraamverzorgenden in dienst hebben die de verkorte opleiding hebben gevolgd voor mensen die in een andere sector van de zorg zijn opgeleid. Van de overige kraamcentra is dat wat minder, namelijk 30 procent. Tussen de 30 en 40 procent van de kraamcentra aangesloten bij LVT of BTN hebben kraamverzorgenden in dienst die de langere opleiding gevolgd hebben, voor mensen die nog geen enkele opleiding in de zorgsector hebben genoten. Van de overige kraamcentra is dat 15 procent.

Bij de meeste kraamcentra werken kraamverzorgenden met de oude kraamzorgopleiding of met een MDGO-vz-opleiding. Ook werken bij twee op de drie centra A-verpleegkundigen met kraamaantekening.

Tabel 5.1 Kraamcentra naar kwalificatie van kraamverzorgenden

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A-verpleegkundigen met kraamaantekening	26	59,1	14	77,8	19	70,3	59	66,3
oude kraamzorgopleiding	32	71,7	17	94,4	24	88,9	73	82,0
MDGO-vz	32	71,7	16	88,9	20	74,1	68	76,4
certificaat verkorte opleiding (met)*	22	50,0	9	50,0	8	29,6	39	43,8
certificaat verkorte opleiding (zonder)**	14	31,8	7	38,9	4	14,8	25	28,1
anders gekwalificeerd	6	13,6	2	11,1	5	18,5	13	14,6

\*=voor mensen met gezondheidsopleiding

\*\*= voor mensen zonder gezondheidsopleiding

### 5.3 Opleiding- en stageplaatsen

De meeste kraamcentra bieden opleidings/stageplaatsen voor kraamverzorgenden (tabel 5.2). Dit geldt voor alle kraamcentra aangesloten bij de LVT, voor bijna alle kraamcentra aangesloten bij de BTN en voor driekwart van de overige kraamcentra. Daarnaast heeft bijna de helft van de kraamcentra opleidings- of stageplaatsen voor leerlingen van andere opleidingen.

Tabel 5.2 Kraamcentra naar het bieden van opleidings/stageplaatsen

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
voor kraamverzorgenden	44	100	17	94,4	20	74,1	81	91,0
voor andere opleidingen	28	63,6	7	38,9	7	25,9	42	47,2

Meestal hebben de kraamcentra zelf praktijkopleiders en werkbegeleiders in dienst: 63 van de 81 kraamzorgaanbieders die stage- en/of opleidingsplaatsen hebben voor kraamverzorgenden hebben praktijkopleiders in dienst en 61 kraamzorgaanbieders geven aan werkbegeleiders in dienst te hebben. Acht, respectievelijk 16 kraamcentra hebben deze vraag overigens niet ingevuld, of de contactpersoon kon op deze vraag geen antwoord geven. Er wordt maar zelden voor opleidingsdoeleinden gebruik gemaakt van uitvoerend personeel dat niet bij het kraamcentrum zelf in dienst is. Slechts acht kraamcentra geven aan dat dat structureel gebeurt (3 LVT, 2 BTN, 3 overigen) en bij zes kraamcentra komt dat in piekperioden wel voor (1 LVT, 4 BTN, 1 overige).

Volgens opgave van de kraamcentra wordt gemiddeld bijna 200 uur per leerling MDGO-vz besteed aan stage- en/of werkbegeleiding (tabel 5.3). Bij de BTN-centra ligt dat gemiddelde iets lager dan bij de LVT-centra en de overige kraamcentra. De verschillen tussen de individuele kraamcentra zijn echter veel groter dan de verschillen tussen LVT-centra, BTN-centra en overige centra, want de opgegeven aantallen uren variëren van 0 tot ruim 800 uur begeleiding per persoon.

Voor leerling kraamverzorgenden van de verkorte opleiding voor mensen met een eerdere gezondheidsopleiding wordt gemiddeld meer dan 200 uur stage- en/of werkbegeleiding gegeven, vooral omdat LVT-leden gemiddeld veel meer tijd besteden aan deze soort stagiaires dan BTN-leden en overige kraamcentra. Hier variëren de verschillen tussen de individuele kraamcentra overigens van 0 tot ruim 900 uur per persoon.

Tabel 5.3 Kraamcentra naar soort opleidings/stageplaatsen en gemiddeld aantal uren begeleiding

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	uren	N	uren	N	uren	N	uren
leerlingen MDGO-vz	21	203,3	12	159,9	10	197,7	43	189,9
kraamverzorgenden verkorte opleiding*	18	275,4	7	141,7	5	159,0	30	224,8
kraamverzorgenden verkorte opleiding**	20	302,8	7	282,3	3	266,7	30	294,4
stagiaires kraamverzorgenden (bol)***	23	175,9	4	43,8	5	203,2	32	163,6
stagiaires andere opleidingen	22	24,6	4	124,8	4	133,8	30	52,5

\*=voor mensen met gezondheidsopleiding

\*\*= voor mensen zonder gezondheidsopleiding

\*\*\*=beroepsopleidende leerweg (voorheen dagonderwijs)

De verschillen tussen de LVT-, BTN- en overige centra zijn minder groot als het gaat om de uren die besteed worden aan stage- en/of werkbegeleiding voor leerling kraamverzorgenden van de verkorte opleiding voor mensen zonder voorafgaande gezondheidszorgopleiding. Gemiddeld wordt per leerling in deze categorie bijna 300 uur besteed aan stage- en/of werkbegeleiding. De verschillen tussen de individuele centra lopen ook hier van 0 tot 900 uur per persoon.

Bij de laatste twee groepen van stagiaires in tabel 5.3 zijn de verschillen tussen de verschillende groepen kraamcentra ook erg groot: bij de niet bij een van de twee brancheorganisaties aangesloten kraamcentra wordt gemiddeld de meeste tijd besteed aan deze stagiaires. Bij kraamcentra aangesloten bij de BTN wordt gemiddeld de minste tijd besteed aan stagiaires kraamverzorging van de beroepsopleidende leerweg (voorheen dagonderwijs), terwijl bij de kraamcentra aangesloten bij de LVT gemiddeld de minste tijd besteed wordt aan stagiaires van andere opleidingen, waaronder de beroepsbegeleidende leerweg (voorheen inservice-onderwijs). Opnieuw zijn de verschillen tussen afzonderlijke kraamcentra erg groot. Bijvoorbeeld, bij de 23 kraamcentra die aangesloten zijn bij de LVT varieert het aantal uren dat per leerling besteed wordt aan stage- en/of werkbegeleiding voor leerlingen van de beroepsopleidende leerweg van 0 tot 430 uur.

## 5.4 Inwerken nieuw personeel

De meeste kraamcentra, 80 van de 89, hanteren een inwerkprogramma voor nieuw (pas-afgestudeerd) personeel. Twee van de 18 BTN-centra en 7 van de 27 overige kraamcentra hebben geen inwerkprogramma. Gemiddeld wordt 127 uur per persoon aan het inwerken besteed, de verschillen tussen de individuele kraamcentra zijn overigens veel groter dan de verschillen tussen de LVT-leden, BTN-leden en overige kraamcentra. LVT-leden besteden gemiddeld 137 uur aan het inwerken van een nieuwe collega, met een minimum van 3 uur en een maximum van 400 uur. BTN-leden besteden gemiddeld 118 uur aan het inwerken van een nieuwe collega, met een minimum van 2 uur en een maximum van 360 uur. De overige kraamcentra besteden gemiddeld 109 uur aan het inwerken van een nieuwe collega, met een minimum van 0 uur en een maximum van 305 uur.

## 5.5 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is getracht een antwoord te geven op de vierde vraagstelling van dit onderzoek: “Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorg-aanbieders?”.

Om hier een beeld van de krijgen is gevraagd of kraamcentra opleidings- en/of stageplaatsen bieden voor leerlingen van de nieuwe verkorte opleidingen tot kraamverzorgende en/of voor leerlingen en stagiaires van andere opleidingen. Gebleken is dat bijna alle kraamcentra inderdaad stage- en/of opleidingsplaatsen bieden. Dit geldt niet voor een kwart van de niet bij een branche-organisatie aangesloten kraamcentra.

Vervolgens is gevraagd hoeveel tijd gemiddeld besteed wordt aan stagebegeleiding en werkbegeleiding van leerlingen van de verschillende soorten opleidingen en hoeveel tijd gemiddeld besteed wordt aan het inwerken van nieuw, pas-afgestudeerd personeel. Gebleken is dat gemiddeld voor stage- en /of werkbegeleiding de meeste tijd besteed wordt aan leerlingen van de verkorte opleiding voor mensen zonder voorafgaande gezondheidszorgopleiding, namelijk bijna 300 uur per leerling. Aan het inwerken van nieuw, pas-afgestudeerd personeel wordt gemiddeld 127 uur besteed, maar de verschillen tussen de individuele kraamcentra blijken heel erg groot te zijn.



## 6. KNELPUNTEN NU EN IN DE TOEKOMST

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen (mogelijke) knelpunten aan de orde. Achtereenvolgens is de contactpersonen van de kraamcentra gevraagd naar huidige knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van zorg, de financiële situatie, beschikbaarheid van personeel en de samenwerking met andere zorgaanbieders. Vervolgens is gevraagd of de genoemde thema's op de (middel)lange termijn (ook) als knelpunt gezien worden.

### 6.2 Kwaliteit van de geleverde kraamzorg

In tabel 6.1 staat het aantal centra dat knelpunten heeft of verwacht in de kwaliteit van de geleverde kraamzorg.

Tabel 6.1 Kraamcentra naar huidige en in de toekomst te verwachten knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde kraamzorg

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Op dit moment knelpunt	5	11	1	6	2	7	8	9
Op termijn knelpunt	12	27	2	11	3	11	17	19

Acht kraamcentra hebben aangegeven dat **op dit moment** voor hen de kwaliteit van de geleverde zorg een knelpunt vormt. De contactpersonen is gevraagd een toelichting te geven. Hieruit blijkt dat met name het gebrek aan personeel een bedreiging vormt voor de kwaliteit van de zorg:

*“Voortdurend moet de zorg aangepast worden aan het aantal beschikbare personeelsleden.” (nr. 14)*

*“Door gebrek aan kraamverzorgenden is er minder aandacht voor bijvoorbeeld borstvoeding en mogen intakes bij allochtonen niet te lang duren. Er zijn te weinig mensen die gespecialiseerd zijn in nazorg bij een keizersnede.” (nr.63)*

*Door onderbezetting, we moeten daardoor mensen inlenen van andere bureaus die niet altijd aan onze maatstaven voldoen.” (nr. 55)*

Op de **(middel)lange termijn** verwachten 17 instellingen knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg. Bijna driekwart van deze instellingen zijn LVT-leden. Ook hier vormt het personeelsgebrek de grootste bedreiging voor de kwaliteit. Maar ook het beleid van zorgverzekeraars wordt door sommigen op termijn gezien als een bedreiging voor de kwaliteit:

*“Doordat zorgverzekeraars alles regisseren, wordt de kwaliteit minder. Door de te korte kraamzorg moet er te veel in korte tijd gedaan worden. De kraamverzorgenden vragen zich af bij wie ze in dienst zijn, het kraamcentrum of de zorgverzekeraar”. (nr.1)*

*“Ik kan straks niet meer de zorg leveren die nodig is, doordat de zorgverzekeraars de 24-uurs zorg als maatstaf gaan zien. In sommige gebieden wordt alleen nog 24-uurs*

*zorg geleverd door personeelstekort. Dat vinden de zorgverzekeraars wel lekker goedkoop. De borstvoeding komt op deze manier in de knel.” (nr.50)*

*“Doordat zorgverzekeraars steeds meer goedkope bureautjes contracteren.” (nr. 76)*

Daarnaast noemde een tweetal contactpersonen de financiële onderwaardering van het personeel een bedreiging voor de kwaliteit. Ten slotte noemt één contactpersoon dat door onvoldoende verloskundigen kraamverzorgenden minder ervaring krijgen in partusassistentie.

### 6.3 Beschikbaarheid van personeel

In tabel 6.2 staat het aantal centra dat knelpunten heeft of verwacht met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel.

Tabel 6.2 Kraamcentra naar huidige en in de toekomst te verwachten knelpunten met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Op dit moment knelpunt	27	61	8	44	13	48	48	54
Op de termijn knelpunt	39	89	7	39	12	44	58	65

De beschikbaarheid van personeel is voor de meerderheid van de centra **op dit moment** een knelpunt. LVT-leden geven dit vaker aan, namelijk 61,4 procent. Uit de toelichting blijkt dat ongeveer de helft (23) van de centra het tekort op de arbeidsmarkt aan kraamverzorgenden als het grootste knelpunt ziet.

*“Te kort aan personeel, ondanks dat we zelf opleiden”. (nr.14)*

*“Kan geen nieuwe mensen krijgen, niemand wil full-time” (nr. 54)*

*“Te weinig reacties op advertenties voor nieuw personeel.” (nr. 73)*

Daarnaast geeft een kwart aan dat de beschikbaarheid van personeel (nog) niet een structureel probleem is maar in piekperiodes een probleem vormt. Piekperiodes kunnen ontstaan, naast een piek in de zorgvraag, in vakantieperiodes en door ziekteverzuim.

*“Te kort in pieken en dat zal toenemen”. (nr. 58)*

*“Verschilt per week, bijvoorbeeld als je leerlingen naar school zijn of in vakantieperiodes.” (nr.65)*

*“Voornamelijk te kort momenteel door hoog ziekteverzuim”.(nr. 89)*

De arbeidsvoorwaarden van kraamverzorgenden en de regelgeving wordt ook viermaal als knelpunt gezien bij de beschikbaarheid van personeel.

*“Drie zijn er naar een ander beroep overgestapt”. (nr. 13)*

*“De arbeidstijden wet heeft de beschikbaarheid van personeel minder gemaakt.”(nr. 46)*

*“De markt is overspannen, moeilijk om personeel te krijgen, een slechte CAO en het personeel wordt ook weggesnoept door kinderopvangcentra.” (nr. 89)*

*“De Flexwet en de CAO maken flexibele inzet van personeel zeer moeizaam”. (nr. 91)*

Op **de (middel)lange termijn** voorzien met name kraamcentra aangesloten bij de LVT een knelpunt met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel. De toelichtingen bij deze vraag verschillen niet veel van de vorige: de krapte op de arbeidsmarkt (men verwacht veelal nog een toename) en de veelal niet als florissant beschreven arbeidsvoorwaarden worden het meest genoemd. De combinatie van deze twee maakt sommigen ook bezorgd:

*“Het is steeds moeilijker om vacatures te vullen, arbeidsmarkt is ruim in die zin dat kraamverzorgenden makkelijk ander werk vinden tegen betere arbeidsvoorwaarden”.*

(nr. 19)

*“Jonge mensen kiezen niet meer voor de kraamzorg”.* (nr. 48)

Sommige kenmerkende eigenschappen van het werk in de kraamzorg worden als belemmering genoemd waarom jonge mensen niet voor deze sector kiezen:

*“Minder jonge mensen kiezen voor dit vak, hebben moeite met de nachtelijke uren, acht dagen werk en willen meer parttime.”* (Nr. 94)

*“Korte termijn planning: het personeel kan geen vaste afspraken maken, wat het werk niet aantrekkelijker maakt”.* (nr. 112)

## 6.4 Financiële situatie

In tabel 6.3 staat het aantal centra dat knelpunten heeft of verwacht met betrekking tot de financiële situatie.

Tabel 6.3 Kraamcentra naar huidige en in de toekomst te verwachten knelpunten met betrekking tot de financiële situatie

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Op dit moment knelpunt	15	43	5	28	2	7	22	25
Op termijn knelpunt	20	46	3	17	5	19	28	32

Een kwart van alle centra geeft aan dat **op dit moment** de financiële situatie een knelpunt vormt. Bij LVT-leden wordt deze bezorgdheid het meest geuit, het minst bij de centra die niet aangesloten zijn bij een van de twee (branche)organisaties. Veel van de commentaren gaan over het uurtarief, dit ligt of net iets boven of net onder de kostprijs. Dat wordt, zo blijkt uit de toelichtingen, soms veroorzaakt doordat de opleidingskosten niet in de uurtarieven worden meegerekend:

*“Ik draai kostendekkend, met zeer kleine marges, waardoor de tarieven toch heel laag blijven. De opleidingskosten moeten zelf gefinancierd worden, zitten niet in het tarief”.* (nr. 12)

Of door hoge reiskosten:

*“Reiskosten zijn te hoog door de stijgende benzineprijzen”.* (nr. 63)

Andere financiële knelpunten komen voort uit de late betalingen van de zorgverzekeraars:

*“Verzekeraars betalen erg laat uit. Daardoor komen wij soms in de problemen”.* (nr. 108)

Een enkeling meldt een financieel knelpunt bij buitenlandse gezinnen:

*“Geldt bijvoorbeeld bij buitenlandse gezinnen, deze willen minder uren, maar dan klopt de planning van de kraamverzorgenden niet meer. Het kost extra geld zonder dat mensen dit betalen”. (nr. 89)*

Op de **(middel)lange termijn** verwachten 28 van de 89 instellingen knelpunten met betrekking tot de financiële situatie. Uit de toelichtingen blijkt dat de contracten met de zorgverzekeraars op termijn als probleem worden gezien.

*“Als de zorgverzekeraar steeds minder gaat vergoeden, is het niet rendabel. Soms doen we extra intakes die dus niet vergoed worden”. (nr. 1)*

*“Het gevecht met de zorgverzekeraars om kostendekkend te kunnen werken, zodat er ook voldoende geld beschikbaar blijft voor scholing.”. (nr. 64)*

*“Grote verschillen in vergoedingen. Contracten onder de kostprijs”. (nr. 76)*

Aanvullend is de kraamcentra gevraagd of zij contracten afsluiten met zorgverzekeraars onder de kostprijs. Uit tabel 6.4 blijkt dat 12 centra aangesloten bij de LVT contracten afsluiten onder de kostprijs. Uit de toelichting die bij deze vraag gegeven is blijkt dat dit soms (drie maal) gebeurt om strategische redenen: om bijvoorbeeld het marktaandeel te behouden. Ook wordt aangegeven dat sommige zorgverzekeraars onder de kostprijs werken en in onderhandeling een tarief aanvaard moest worden dat onder de kostprijs lag (drie maal). De gemiddelde zorgduur is ook verantwoordelijk voor de kostprijs. Bijvoorbeeld in achterstand wijken:

*“Kostprijs in achterstandswijken ligt vaak boven de f80,- vanwege de korte zorgduur. Dat ligt rond de 24 uur. CTG maximale norm is F62,80 , dus op kostprijs v f80,- kom je per uur tekort. In 1999 wel geaccepteerd, maar nu wordt daar beleid op gemaakt” (nr. 34)*

Tabel 6.4 Kraamcentra naar contracten onder kostprijs

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	12	29	-	-	-	-	12	14
Nee	29	71	18	100	27	100	74	86
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Uit de toelichtingen van de centra die geen contracten onder de kostprijs hebben afgesloten blijkt dat het merendeel daar principieel op tegen is:

*“Dat is wel de snelste manier om falliet te gaan” (nr. 8).*

Vier centra hebben aangegeven dit in het verleden wel gedaan te hebben, bijvoorbeeld om vastigheid te krijgen.

Financiële problemen kunnen ten dele worden opgelost door gebruikmaking van sponsorgelden. De kraamzorgaanbieders is gevraagd of zij gebruik hiervan gebruiken.

Uit tabel 6.5 blijkt dat de helft van de kraamcentra aangesloten bij de LVT gebruik maakt van sponsorgelden, zoals bijvoorbeeld van flesvoedingsfabrikanten of fabrikanten van huidverzorgingsproducten. Van de centra aangesloten bij BTN en de centra die niet aangesloten zijn maakt minder dan een kwart gebruik van sponsorgelden.

Tabel 6.5 Kraamcentra naar gebruik van sponsorgelden

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	22	50	4	22	5	19	31	35
Nee	22	50	14	78	22	81	58	65
Totaal	44	100	18	100	27	100	89	100

Zeven maal is aangegeven dat het gaat om reclamemateriaal, advertenties in informatieboekjes voor cliënten, tassen voor kraamverzorgenden etc:

*“mogelijkheden om extra gelden binnen te krijgen, gebruikt voor foldermateriaal en weggevertjes, maar niet om personeel van te kunnen betalen. Zou het sponsorgeld wegvallen dan wordt het product kraamzorg er niet minder van. (nr. 28)”*

Sponsorgelden worden, zo blijkt uit de toelichting, meerdere malen gebruikt voor (een deel van) de kosten voor symposia, kraammarkten, bijscholing en deskundigheidsbevordering voor medewerkers (17 maal genoemd).

Tweemaal is aangegeven dat het geld besteed wordt aan iets ‘gezelligs’ voor de medewerkers, zoals een gezellige avond of gebak bij de koffie tijdens bijscholing. Bij eveneens twee centra wordt het besteed aan papier en drukwerk. Een enkeling ten slotte geeft aan dat er nog één sponsorcontract loopt, maar dat dat niet verlengd wordt.

Uit de reacties van de centra die geen gebruik maken van sponsorgelden blijkt dat dit niet aan de orde is, of niet nodig is. Sommigen doen het uit principiële reden niet (zeven maal), of willen niet afhankelijk worden van derden (driemaal). Driemaal wordt aangegeven wel kleine attenties te accepteren, maar daar terughoudend in te zijn. Drie centra hebben aangegeven in het verleden wel met sponsors gewerkt te hebben, maar nu niet meer. Sponsoring door flesvoedingsfabrikanten blijkt voor drie centra uit den boze: ze zijn bezig met of hebben een borstvoedingscertificaat.

## 6.5 Samenwerking met andere zorgaanbieders

In tabel 6.6 staat het aantal centra dat knelpunten heeft of verwacht in de samenwerking met andere zorgaanbieders.

Tabel 6.6 Kraamcentra naar huidige en in de toekomst te verwachten knelpunten met betrekking tot de samenwerking met andere zorgaanbieders

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	(N=44)		(N=18)		(N=27)		(N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Op dit moment knelpunt	10	23	3	17	4	15	17	19
Op termijn knelpunt	12	27	3	17	3	11	18	20

Een vijfde van de centra geeft aan dat de samenwerking met andere zorgaanbieders **op dit moment** een probleem is. De commentaren op deze samenwerkingsproblemen zijn divers.

Sommige geven aan dat er geen samenwerking bestaat met andere kraamzorgaanbieders in de regio, of dat men elkaar als concurrenten ziet. Hetgeen soms tot gevolg heeft dat kraamverzorgenden die thuis zitten niet door een ander bureau ingehuurd kunnen worden. Daar waar wel samenwerking bestaat in de zin van uitlenen van personeel bestaat ook knelpunten:

*“Andere zorgaanbieders waar we aan uitlenen, zijn laat met betalen en ook niet erg scheutig met informatie over het gezin waar we naar toe gaan”. (nr. 108)*

Een tweetal commentaren gaat over de samenwerking met ziekenhuizen of de gevolgen van beleidsbeslissingen in ziekenhuizen:

*“Door personele problemen heeft het ziekenhuis de afdeling verloskunde moeten sluiten. Er wordt meer thuis bevallen dan voorheen, dus meer acutere inzet personeel nodig en zo wie zo meer personeel nodig dus voor thuisbevallingen.” (nr. 87)*

*“Ziekenhuizen sturen mensen naar huis na een keizersnede na drie dagen, ook als wij melden dat we daar geen gespecialiseerde verpleegkundigen voor hebben”. (nr.63)*

Op de **(middel)lange termijn** verwacht eveneens ongeveer een vijfde van de centra knelpunten in de samenwerking met instellingen. Ook hier zijn de commentaren divers. Een tweetal opmerkingen gaat over de monopoly- of machtspositie van de zorgverzekeraars:

*“Samenwerking met grote particuliere organisaties is momenteel onduidelijk, met name door de machtspositie van de zorgverzekeraars. Afspraken van het COTG wordt door veel zorgverzekeraars met voeten getreden”. (Nr. 4)*

De concurrentie met andere aanbieders van kraamzorg wordt een aantal malen genoemd:

*“Problemen met bureaus die alle bepalingen aan hun laars lappen (flex-wet, arbeidstijden-wet)”. (nr. 76)*

Een enkeling voorziet op termijn problemen met de verloskundigen:

*“Dit heeft te maken met de werkdruk. Als de kraamzorg minder wordt, krijgen we problemen met de verloskundigen, die ook onder grote druk werken”. (nr. 67)*

## 6.6 Overige knelpunten

Bijna 30% van de instellingen heeft nog andere knelpunten genoemd die op **dit moment** spelen (zie tabel 6.7). De toelichtingen zijn divers van aard en derhalve niet benoemd in de tabel.

Tabel 6.7 Kraamcentra naar huidige en in de toekomst te verwachten overige knelpunten

	LVT (N=44)		BTN (N=18)		Overigen (N=27)		Totaal (N=89)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Op dit moment knelpunt	16	36	4	22	6	22	26	29
Op termijn knelpunt	12	27	2	11	7	26	21	24

Een vijftal opmerkingen gaat over callcentra. De callcentra blijken te veel te sturen in de keuze voor een kraamcentrum. Het feit dat callcentra de intake doen maakt dat de kraamcentra het eerste contact met de cliënt kwijt zijn en bij aanmelding nog niets van de cliënt weten. De informatie die de kraamcentra krijgen laat, zo blijkt uit de toelichtingen, te wensen over: men

krijgt te weinig gegevens over de gezinssituatie, maar ook de cliënt kent nog niet de inhoud van wat er geregeld wordt of bij wie:

*“De cliënten weten vaak niet waar ze terecht komen en zitten niet altijd bij de aanbieder waar ze zouden willen zitten”. (nr. 50)*

Ook is er kritiek op de intake:

*“Zij indiceren meestal te weinig uren op grond van wat iemand wenst en vullen dan lukraak een aantal uren in.” (nr. 87)*

De wet- en regelgeving en de CAO wordt vijfmaal genoemd. Men vindt dat de CAO Thuiszorg te weinig rekening houdt met de kraam:

*De thuiszorg is AWBZ gefinancierd en de kraamzorg privaat, dat geeft een spanningsveld”. (nr. 70)*

Daarnaast vindt men de arbeidsvoorwaarden erg minimaal. Verder houdt de flex-wet geen rekening met de werkwijze van de kraamzorg. Het gebrek aan keuzevrijheid van de cliënt wordt ook viermaal genoemd: de zorgverzekeraars geven de cliënt te weinig keuzevrijheid. Als voorbeeld wordt genoemd een zorgverzekeraar die voor het hele land de reguliere kraamzorg afgestoten heeft en een contract heeft afgesloten met een landelijk werkende kraamzorg-aanbieder. Deze zorgverzekeraar, aldus de toelichting, wil voor het hele land dezelfde kraamzorg en wil onder de kostprijs afspreken. Drie maal wordt er een opmerking gemaakt over de financiering van de verkorte opleiding: deze blijkt te zijn weggevallen. Ten slotte worden het te kort aan kraamverzorgenden, de onervarenheid van pas afgestudeerde kraamverzorgenden en de toenemende files als knelpunten genoemd.

Het tekort aan personeel blijft ook op **de (middel)lange termijn** een probleem. Ook de wet- en regelgeving ging baart zorgen op termijn. Men maakt zich zorgen over wat de basisverzekering gaat betekenen voor de kraamzorg, maar ook de Europese regelgeving baart zorgen:

*“Kraamzorg is een specifiek Nederlands product. Verzekeraars gaan zich op Europa richten, wat betekent dat voor de kraamzorg?” (nr. 91)*

En ten slotte de invloed van de zorgverzekeraars op de kraamzorg. Enerzijds is men bevreesd dat de zorgverzekeraars steeds meer de zorgduur proberen te drukken:

*“hetgeen leidt tot een grotere onproductiviteit en hogere werkdruk voor kraamverzorgenden. Ze moeten dan naar meer gezinnen om hun dag vol te krijgen.” (nr. 87)*

Anderzijds is er de angst dat de kraamzorg in de toekomst gaat verdwijnen.

## 6.7 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn knelpunten in kaart gebracht die kraamzorgaanbieders momenteel ervaren en onderwerpen waarvan men verwacht dat deze op (middellange) termijn een probleem gaan vormen.

De beschikbaarheid van personeel vormt voor meer dan de helft van de centra op dit moment een probleem en ongeveer een derde verwacht dat de beschikbaarheid van personeel op termijn een probleem zijn of blijven. Acht centra hebben aangegeven, als gevolg van het personeelstekort, momenteel knelpunten te ervaren met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Ongeveer een vijfde van de centra verwacht dit (ook) op termijn. Het beleid van de zorgverzekeraars, met name de korte zorgduur, wordt ook gezien als een bedreiging voor de kwaliteit van zorg. Een kwart van de instellingen heeft aangegeven dat de financiële situatie op dit moment een knelpunt vormt en ongeveer een derde verwacht dat dit op termijn zo zal zijn of blijven. Als

oorzaak worden de contracten met zorgverzekeraars genoemd waarin, naar mening van deze centra, (te) krappe uurtarieven worden afgesproken.

Ongeveer een vijfde ervaart momenteel knelpunten in de samenwerking met andere zorgaanbieders en even zo veel centra verwachten dit op termijn.

Andere knelpunten die kraamzorgaanbieders momentele ervaren betreffen onder andere de callcentra. Men is het eerste contact met de cliënt kwijt, men krijgt vaak laat en te weinig informatie over de gezinssituatie.

De huidige wet- en regelgeving op het gebied van arbeid (bijvoorbeeld de arbeidstijden-wet) worden ook gezien als een knelpunt: deze houdt te weinig rekening met de werkwijze van de kraamzorg.



**DEEL B:**

**CALLCENTRA**



# KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE KRAAMZORG

## Deel B: Callcentra

### INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	69
1.1	Achtergrond	69
1.2	Vraagstellingen	70
1.3	Opbouw van het deelrapport callcentra	70
<b>2.</b>	<b>METHODEN</b>	71
2.1	Inleiding	71
2.2	De vragenlijsten	71
2.3	Onderzoekspopulatie en respons	71
<b>3.</b>	<b>CALLCENTRA</b>	73
3.1	Inleiding	73
3.2	BasisKwaliteitseisen Kraamzorg	74
3.3	Afspraken met zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders	76
3.4	Knelpunten	77
3.5	Samenvatting en conclusie	77



# 1. INLEIDING

## 1.1 Achtergrond

De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) heeft het Nivel gevraagd om, naast onderzoek onder kraamzorgaanbieders, ook onderzoek te doen bij callcentra en bij verloskundigen naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Callcentra zijn bij dit onderzoek betrokken om een beeld te krijgen van de wijze waarop de aanmelding voor kraamzorg en de daarop volgende vaststelling van de zorgbehoefte verloopt voor cliënten die zich niet rechtstreeks bij de kraamzorgaanbieder melden voor kraamzorg.

Zwangeren die zich willen aanmelden voor kraamzorg kunnen zich daarvoor in de meeste gevallen rechtstreeks tot een kraamcentrum richten. Het kraamcentrum zorgt er dan voor dat de aanmelding wordt doorgegeven aan de zorgverzekeraar van de betrokken vrouw. Zwangeren kunnen zich daarnaast ook zelf melden bij hun zorgverzekeraar, die dan op zijn beurt de aanmelding doorgeeft aan het kraamcentrum dat de zorg zal gaan verlenen. Een recente ontwikkeling is dat zorgvragers zich kunnen aanmelden bij een callcentrum, dat al dan niet deel uitmaakt van een zorgverzekeraar. Zo'n callcentrum functioneert als intermediair tussen zorgverzekeraar en kraamzorgaanbieder, verzorgt alle noodzakelijke administratieve handelingen en meldt de cliënt aan bij een zorgaanbieder. In sommige gevallen houdt het callcentrum zelf een telefonische intake en doet een zorgaanbod, wat inhoudt dat al direct bij de aanmelding wordt afgesproken hoeveel zorg een cliënt zal krijgen. Onduidelijk is hierbij onder wiens verantwoordelijkheid dit gebeurt en of het callcentrum daarmee een deel van het primaire zorgproces in feite uit handen neemt van het kraamcentrum dat de zorg zal gaan leveren.

Uit schriftelijke informatie, verkregen van één van de kraamzorgaanbieders die aan dit onderzoek hebben meegewerkt (zie deelrapport A voor een verslag van het onderzoek bij kraamcentra), is gebleken dat in ieder geval drie verzekeraars in de afspraken, die zij via het Landelijk Transferpunt Zorg (LTZ) of de Thuiszorg Alliantie Zuid (TAZ) met de kraamzorgaanbieders gemaakt hebben, hebben vastgelegd dat verzekerden zich dienen aan te melden bij het callcentrum van de verzekeraar. Bij twee verzekeraars geldt die regel zowel voor particulier verzekerden als voor ziekenfondsverzekerden. In één geval geldt die regel alleen voor particulier verzekerden. Eén van deze verzekeraars heeft ook in de afspraken vastgelegd dat het callcentrum een telefonische intake doet waarbij de omvang van de kraamzorg wordt vastgesteld. Voor particulier verzekerden van deze zorgverzekeraar is vastgelegd dat de tijd die de kraamzorgaanbieder besteedt aan een intake op verzoek van de verzekerde, dus niet in opdracht van de verzekeraar, in mindering gebracht wordt op de verzorgingsduur.

Bij de start van dit onderzoek was niet bekend hoeveel callcentra in de kraamzorg actief zijn. Naast callcentra bestaan er ook bemiddelingsbureaus voor kraamzorg. Grotere kraamzorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld een eigen bemiddelingsbureau hebben waar de vraag naar kraamzorg centraal binnenkomt en vervolgens verdeeld wordt over de verschillende vestigingen. Het onderscheid tussen een callcentrum en een bemiddelingsbureau is niet helemaal duidelijk, gezien het feit dat kraamzorgaanbieders, bij de vraag of ze met callcentra te maken hebben, ook instellingen noemen die zichzelf geen callcentrum maar bemiddelingsbureau noemen. Onder een callcentrum wordt in dit onderzoek verstaan: een telefonisch meldpunt, dat geen onderdeel uitmaakt van een kraamzorgaanbieder, waar cliënten van één of meer verzekeraars zich kunnen melden met de vraag om kraamzorg en dat als intermediair fungeert tussen kraamzorgaanvrager en kraamzorgaanbieder.

## 1.2 Vraagstellingen

Voor het onderzoek onder callcentra zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. In welke mate houden callcentra (van zorgverzekeraars) zich bezig met het vaststellen van de behoefte aan kraamzorg en het formuleren van een zorgaanbod?
2. Hoe is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen enerzijds callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod en anderzijds kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars?
3. Zijn callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?
4. Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door de voornoemde callcentra?
5. Passen callcentra selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?

De achtergrond van deze vraagstellingen is dat callcentra die niet alleen de aanmelding verzorgen, maar ook het zorgaanbod bepalen, in feite een deel van het primaire zorgproces uitvoeren. Instellingen die (een deel van) het primaire zorgproces uitvoeren, vallen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen en moeten voldoen aan de daarin gestelde kwaliteitseisen. De BasisKwaliteitseisen Kraamzorg vormen een concretisering van de in de Kwaliteitswet zorginstellingen geformuleerde eisen. In de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg wordt ten aanzien van uitvoering van een deel van het primaire zorgproces door callcentra het volgende gesteld: "Ook indien een zorgverzekeraar een deel van het onder deze basiskwaliteitseisen begrepen primaire proces niet onder verantwoordelijkheid van een kraamzorgaanbieder laat uitvoeren (b.v. aanmelding en intake door een apart callcentre), blijven deze basiskwaliteitseisen voor de kraamzorg van toepassing." Dat betekent dat de kraamzorgaanbieder verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit en daarover afspraken moet maken met het callcentrum dat een deel van het primaire zorgproces uitvoert.

## 1.3 Opbouw van het deelrapport callcentra

In het hierna volgende hoofdstuk wordt de methode, de uitvoering van het onderzoek, de onderzoekspopulatie en de respons besproken. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van het deelonderzoek bij callcentra. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en conclusie.

## 2. METHODEN

### 2.1 Inleiding

Evenals in het deelonderzoek onder kraamzorgaanbieders is in dit deelonderzoek in principe gekozen voor telefonische enquêtes. Alle zorgverzekeraars zijn schriftelijk benaderd door de IGZ met de vraag aan dit onderzoek mee te werken. De zorgverzekeraars die gebruik maken van een callcentrum voor het verwerken van aanvragen voor kraamzorg werd gevraagd naam, telefoonnummer en (post)adres van een contactpersoon door te geven aan het Nivel. De contactpersoon ontving vervolgens een vragenlijst, met het verzoek deze alvast te bestuderen. Op een door de respondent aangegeven dag en tijdstip werd de vragenlijst telefonisch afgenomen door een enquêteur van het Nivel.

De verzekeraars die op de brief van de inspectie niet gereageerd hadden zijn na verloop van tijd opnieuw benaderd door het Nivel met de vraag, indien van toepassing, de naam door te geven van een contactpersoon bij het betreffende callcentrum. Deze contactpersonen zijn niet telefonisch geënquêteerd. In plaats daarvan is hen gevraagd de vragenlijst ingevuld terug te sturen naar het Nivel.

### 2.2 De vragenlijsten

De vragenlijsten voor de callcentra zijn gebaseerd op de vragenlijsten die voor de kraamcentra ontwikkeld zijn. Bij de callcentra is de nadruk gelegd op de specifieke functies die het centrum vervult. Verder is nagegaan in hoeverre men op de hoogte is van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg en hoever men is met de implementatie ervan, voor zover ze voor de organisatie van toepassing zijn. Gevraagd is naar de taakverdeling tussen callcentrum en kraamcentrum, de aanwezigheid van gekwalificeerd personeel, de omvang van de bij het centrum binnenkomende vraag naar kraamzorg en de toegankelijkheid van het callcentrum voor zorgvragers, dat wil zeggen: het gebruik van selectiecriteria bij inschrijving van nieuwe cliënten voor kraamzorg.

### 2.3 Onderzoekspopulatie en respons

Omdat nauwelijks bekend is hoeveel en welke callcentra betrokken zijn bij het regelen van kraamzorg, is gekozen voor het benaderen van de zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars in Nederland, zowel voor particulier verzekerden als voor ziekenfonds verzekerden, ontvingen een brief van de Inspectie waarin dit onderzoek werd aangekondigd en werd gevraagd om medewerking, voor zover men gebruik maakte van een callcentrum of bemiddelingsbureau voor het verwerken van aanvragen voor kraamzorg. Op deze manier zijn 51 zorgverzekeraars benaderd, op 63 verschillende adressen (het adres van de particuliere ziektekostenverzekering is vaak verschillend van het adres van het gelijknamige ziekenfonds). Omdat een relatief groot aantal van hen (18) niet reageerde, is overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland. Daaruit is gebleken dat elf van deze verzekeraars inmiddels zijn opgeheven, overgenomen of gefuseerd, waardoor het totaal aantal verzekeraars uitkomt op 40. Navraag bij Zorgverzekeraars Nederland heeft uitgewezen dat hiermee alle verzekeraars bereikt zijn.

De verzekeraars die in eerste instantie niet hadden gereageerd op het verzoek om medewerking en de verzekeraars die hadden laten weten niet mee te kunnen werken zijn opnieuw benaderd. Uiteindelijk liet iets meer dan de helft (22) weten geen gebruik te maken van een callcentrum of bemiddelingsbureau. Voor hen was deelname aan het onderzoek dus niet aan de orde.

De overige verzekeraars lieten weten voor (een deel van) hun verzekerden gebruik te maken van een callcentrum of bemiddelingsbureau. Bij elkaar werden tien callcentra genoemd, waarvan er twee buiten dit onderzoek vallen omdat ze tevens kraamzorgaanbieder zijn. In de hoedanigheid van kraamzorgaanbieder hebben beide instellingen al aan dit onderzoek meegewerkt. Voor hen was het niet relevant om ook als callcentrum aan dit onderzoek mee te doen, omdat ze als kraamzorgaanbieder al gehouden zijn aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en geacht worden per 1-1-2002 te voldoen aan de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. De onderzoeksgroep bestaat daarom uit acht callcentra.

Twee van de genoemde callcentra zijn samenwerkingspartners, waarbij een specifieke taakverdeling tussen beide callcentra is afgesproken. Deze taakverdeling houdt in dat het ene callcentrum alle contacten met de cliënten van één bepaalde zorgverzekeraar verzorgt (de zogenaamde front-office functie), zoals het registreren van aanmeldingen, het geven van informatie en het beantwoorden van vragen. De aanvragen worden vervolgens doorgegeven aan het andere callcentrum, dat contracten met verzekeraars afsluit, contacten met de kraamzorgaanbieders onderhoudt en de verdere administratieve en controlerende handelingen verricht (de zogenaamde back-office functie).



### 3. CALLCENTRA

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de schriftelijke gegevensverzameling en interviews met contactpersonen van callcentra. Alle vijf de vraagstellingen die voor dit deelonderzoek geformuleerd zijn zullen in dit hoofdstuk besproken worden. De eerste vraagstelling luidde: "In welke mate houden callcentra zich bezig met het vaststellen van de behoefte aan kraamzorg en het formuleren van een zorgaanbod?" en wordt in deze paragraaf besproken. De derde en vierde vraagstelling worden besproken in paragraaf 3.2, de tweede en vijfde vraagstelling komen aan de orde in paragraaf 3.3.

Van acht callcentra is nadere informatie verkregen. Vier callcentra hebben één zorgverzekeraar als opdrachtgever. Twee callcentra hebben contracten met meerdere zorgverzekeraars, namelijk respectievelijk vijf en zeven. Eén callcentrum heeft de overkoepelende organisatie van vier zorgverzekeraars als opdrachtgever. Eén callcentrum heeft een van de andere callcentra als opdrachtgever. Alle acht callcentra werken landelijk, maar ze zijn zeer verschillend van grootte. Het grootste callcentrum verwerkte ongeveer 30.000 aanmeldingen in 1999 (dit is inclusief de ongeveer 10.000 aanmeldingen die via de samenwerkingspartner c.q. 'onderaannemer' binnen komen), het kleinste ruim 300. Het aantal personeelsleden varieert van drie tot 65 personen.

Tabel 3.1: Omvang en functie callcentra (n = 8)

Callcentra	Spreiding	Totaal
Omvang:		
aantal inschrijvingen 1999 (bij benadering)	329 - 30.000	>40.000
aantal mensen werkzaam	3 - 65	140
waarvan kraamverzorgenden	0 - 5	15
aantal zorgverzekeraars waarmee afspraken zijn	1 - 7	18
aantal kraamcentra waarmee afspraken zijn	1 - 45	*
Functie:		
inschrijven aanvraag na melding van kraamcentrum		2x
inschrijven aanvraag na aanmelding cliënt		8x
informerende van toekomstige kraamvrouw over kraamzorgmogelijkheden		7x
indicatiestelling voorbezoek		2x
indicatiestelling zorgaanbod		2x
vastleggen van zorgafspraken		3x
regelen van de zorggarantie		6x
administratieve afhandeling van geleverde zorg		3x

\* geen totaal mogelijk, omdat niet bekend is hoeveel overlap hierin voorkomt

Gebleken is dat twee van de acht callcentra in dit onderzoek pas in mei 2000 van start zijn gegaan. Door de overige zes callcentra werden in 1999 bij elkaar naar schatting ruim 40.000 aanvragen voor kraamzorg verwerkt. Dat is ongeveer een vijfde van alle vrouwen die kraamzorg hebben ontvangen. Dit komt overeen met de inschatting van de kraamzorgaanbieders dat 20 procent van hun cliënten zich heeft aangemeld via een callcentrum.

Uiteraard is het inschrijven van aanvragen na aanmelding van de cliënt een functie van alle callcentra. Twee callcentra geven aan dat ook het inschrijven van de aanvraag na melding van het kraamcentrum tot de functie van het callcentrum behoort. Dat wil zeggen dat cliënten die

zich bij een kraamcentrum hebben aangemeld door dat kraamcentrum worden doorgegeven aan het callcentrum. Zeven van de acht rekenen het tot hun functie om de toekomstige kraamvrouw te informeren over de kraamzorgmogelijkheden. Zes van de acht rekenen het regelen van de zorggarantie tot hun functie. Drie callcentra rekenen het vastleggen van zorgafspraken tot hun functie en eveneens drie rekenen het administratief afhandelen van de geleverde zorg tot hun functie. Twee callcentra rekenen zowel de indicatiestelling voor een voorbezoek als de indicatiestelling voor het zorgaanbod tot hun functie. Eén callcentrum heeft aangegeven wel de indicatie voor het voorbezoek bij aanvragers die bij één bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn uit te voeren, dat wil zeggen: door te geven aan het kraamcentrum, maar niet zelf de indicatie te stellen. Deze verzekeraar heeft namelijk in de afspraken met de kraamcentra (die centraal gemaakt worden, via LTZ en TAZ) al laten vastleggen in welke gevallen een voorbezoek wel en in welke gevallen een voorbezoek niet geïndiceerd is.

Van de acht callcentra zijn er dus twee die een deel van het primaire proces van zorgverlening, namelijk de indicatiestelling voor het voorbezoek en de indicatiestelling voor het zorgaanbod, tot hun functie rekenen. Of de twee callcentra dit doen voor alle cliënten die zich bij hen melden voor kraamzorg of maar voor een deel van die cliënten is niet duidelijk. Beide callcentra hebben die vragen niet beantwoord. Er van uitgaande dat ze voor alle aanvragers de indicatie voor het voorbezoek en de indicatie voor het zorgaanbod verzorgden, dan betrof dit in 1999 maximaal 8.000 cliënten, omdat deze twee callcentra in 1999 samen ongeveer 8.000 aanvragen voor kraamzorg verwerkten. Dat is  $\pm$  20 procent van alle aanvragen die via een callcentrum verlopen en naar schatting minder dan 5 procent van alle aanvragen voor kraamzorg. Zowel voor de indicatiestelling voor een voorbezoek als voor de indicatiestelling voor het zorgaanbod gebruiken de twee callcentra een eigen indicatiesysteem. Het callcentrum dat heeft aangegeven dat de indicatiestelling voor het voorbezoek al door de verzekeraar is vastgelegd, verwerkte in 1999 ongeveer 10.000 aanvragen van cliënten van die verzekeraar. Dat is ongeveer een kwart van alle aanvragen die in 1999 via een callcentrum verliepen en iets meer dan 5 procent van alle aanvragen voor kraamzorg in 1999. Bij elkaar wordt dus voor ongeveer 10 procent van alle aanvragen voor kraamzorg de indicatie voor een voorbezoek niet gesteld door de kraamzorgaanbieder, maar door het callcentrum of door de verzekeraar. Verder wordt voor ongeveer 5 procent van alle aanvragen voor kraamzorg de indicatie voor het zorgaanbod niet gesteld door de kraamzorgaanbieder maar door het callcentrum.

In de bijlage bij dit deelrapport (Bijlage 2) is een overzicht gegeven van de omvang en functie van de callcentra, alsmede de stand van zaken ten aanzien van de normen die zijn afgeleid van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg (zie pagina 115).

### **3.2 BasisKwaliteitseisen Kraamzorg**

De derde vraagstelling was: "Zijn callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?" Als een callcentrum zelf de indicatiestelling of intake verzorgt en daarmee een deel van het primaire zorgproces uitvoert, valt het onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen en wordt het geacht ook te gaan voldoen aan de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg die op dat deel van het zorgproces van toepassing zijn. Daarnaast staan in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg ook criteria voor de aanmelding van cliënten en voor het verstrekken van informatie. Ook die criteria zijn van toepassing op de callcentra die deze onderdelen tot hun

taak rekenen.

Alle callcentra zijn op de hoogte van het bestaan van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg en op één na weten ze ook dat van alle kraamzorgaanbieders verwacht wordt dat ze per 1-1-2002 aan die kwaliteitseisen voldoen. Het callcentrum dat daarvan niet op de hoogte is, is één van de twee die zowel de indicatiestelling voor voorbezoek als de indicatie voor het zorgaanbod als functie hebben en daarmee een deel van het primaire zorgproces uitvoeren. Zij zullen, evenals kraamzorgaanbieders, aan de daarop van toepassing zijnde kwaliteitseisen moeten gaan voldoen. Het betreffende callcentrum heeft zich echter nog niet met implementatie van de BasisKwaliteitseisen beziggehouden. Bij het andere callcentrum dat zowel de indicatiestelling voor voorbezoek als de indicatiestelling voor het zorgaanbod als functie heeft is de implementatie van de BasisKwaliteitseisen kraamzorg afgerond. Eén callcentrum is bezig met implementatie van de BasisKwaliteitseisen. Dit gebeurt door het vastleggen van interne procedures en werkwijzen, het samen met kraamzorgaanbieders vaststellen van procedures en het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Van de overige callcentra geeft één aan dat de implementatie, voor zover die voor hen van toepassing is, is afgerond, een tweede geeft aan dat er nog aan begonnen moet worden en de anderen geven aan dat de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg voor hen niet van toepassing zijn.

De vierde vraagstelling was: "Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door de voornoemde callcentra?"

Activiteiten en middelen ten behoeve van kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg zijn geformuleerd in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg in de vorm van kwaliteitsnormen. Voor callcentra die een deel van het primaire zorgproces tot hun functie rekenen is ook een deel van die kwaliteitsnormen van toepassing. Het betreft het hanteren van procedures en richtlijnen voor informatieverstrekking, aanmelding en intake en voor uitvoering van de zorg, het hanteren en onderhouden van een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitssysteem en het beschikken over afspraken met zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders.

Van de zeven callcentra die informatieverstrekking tot hun taak rekenen hebben vijf schriftelijke informatie voor cliënten beschikbaar. Twee laten weten dat de kraamcentra daar voor zorgen. Slechts één callcentrum heeft ook schriftelijke informatie voor niet-Nederlandstaligen, namelijk in het Engels, en twee geven aan dat daar aan gewerkt wordt.

Een procedure voor het verwerken van aanmeldingen is in alle callcentra beschikbaar. De twee callcentra die de indicatiestelling voor het voorbezoek tot hun functie rekenen beschikken over een procedure daarvoor, de twee callcentra die de indicatiestelling voor het zorgaanbod tot hun functie rekenen beschikken ook over een procedure daarvoor. De callcentra zijn allemaal dagelijks, tenminste tijdens kantooruren, bereikbaar voor het verstrekken van informatie.

Eén callcentrum is van mening dat alle normen met betrekking tot de uitvoering van de zorg, het kwaliteitsbeleid, kwaliteitssystemen, afspraken met zorgverzekeraars en afspraken met kraamzorgaanbieders op hen niet van toepassing zijn maar alleen op het kraamcentrum dat de zorg levert. Andere callcentra geven op onderdelen ook aan dat de betreffende normen niet op hen van toepassing zijn (zie bijlage).

Zes callcentra beschikken over een privacy-reglement en een klachtenprocedure. Twee callcentra werken nog aan een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en één werkt aan een procedure voor evaluatie van het kwaliteitsbeleid. Vier callcentra beschikken over een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en een procedure voor de evaluatie daarvan. Twee hebben de vraag niet ingevuld. Bij drie callcentra is een kwaliteitssysteem voor uitvoering, bewaking, evaluatie en bijstelling van het beleid al in werking, bij twee wordt daar aan gewerkt en twee moeten het nog ontwikkelen. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers zijn in zes

callcentra schriftelijk vastgelegd, terwijl er in de zevende aan gewerkt wordt. Bij drie callcentra is een registratiesysteem voor het bewaken van kwaliteit en kwantiteit van het zorgaanbod beschikbaar, twee moeten het nog ontwikkelen of zijn er mee bezig. De callcentra die niet onderdeel zijn van één zorgverzekeraar beschikken over afspraken met zorgverzekeraars over de aard en omvang van het zorgaanbod en over extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden, maar de inhoud van die afspraken kan per verzekeraar verschillen.

Zes van de acht callcentra beschikken over afspraken met kraamzorgaanbieders over de kwaliteit van zorg en over de aard en omvang van het zorgaanbod. Vijf van hen hebben ook afspraken met kraamzorgaanbieders over extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden.

### 3.3 Afspraken met zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders

De tweede vraagstelling was: "Hoe is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen enerzijds callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod en anderzijds kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars?"

Eén callcentrum heeft zelf geen afspraken met verzekeraars, die afspraken lopen via het callcentrum waarmee wordt samengewerkt. Vier callcentra hebben met één zorgverzekeraar afspraken gemaakt voor 2000, de overige drie met vier of meer verzekeraars. De afspraken betreffen: aantal indicatiestellingen voor voorbezoek op jaarbasis (1 keer), aantal indicatiestellingen voor het zorgaanbod op jaarbasis (2 keer), de verzorgingsduur per kraamperiode (4 keer) en de kwaliteitseisen voor de kraamzorg (6 keer). Vier van de acht callcentra geven aan dat met één of meer verzekeraars afspraken gemaakt zijn over minimum, maximum en gemiddelde verzorgingsduur per kraamperiode. Deze afspraken variëren: de minimumduur ligt tussen de 24 en de 33 uur, de maximum verzorgingsduur ligt tussen de 48 en de 80 uur en de gemiddelde verzorgingsduur ligt tussen de 45 en de 50 uur per kraamperiode.

Eén callcentrum heeft met één kraamzorgaanbieder samenwerkingsafspraken en één callcentrum heeft zelf geen afspraken met kraamzorgaanbieders, omdat die lopen via het callcentrum waarmee samengewerkt wordt. De andere hebben samenwerkingsafspraken met 3, 5, 6 of 45 kraamzorgaanbieders. Die afspraken betreffen: informatie verstrekken (7 keer), zorgaanbod formuleren (4 keer), zorgafspraken maken (5 keer) en zorggarantie bieden (6 keer) (zie bijlage, pagina 116). Deze afspraken zijn op één na allemaal schriftelijk vastgelegd. Daarbij is gevraagd of men deze functies ziet als taak van het kraamcentrum, als taak van het callcentrum of als taak van beide (tabel 3.2).

Tabel 3.2: Taakverdeling callcentrum - kraamzorgaanbieder

	taak kraamzorgaanbieder	taak callcentrum	taak beide
Informatie verstrekken	1	2	5
Zorgaanbod formuleren	4	2	2
Zorgafspraken maken	4	1	3
Zorggarantie bieden	1	1	6

Vijf callcentra zijn van mening dat informatie verstrekken een taak is van zowel de kraamzorgaanbieder als het callcentrum, één vindt het de taak van de kraamzorgaanbieder en twee

vinden het de taak van het callcentrum. Vier callcentra vinden dat het formuleren van het zorgaanbod de taak is van de kraamzorgaanbieder, twee vinden het de taak van het callcentrum en twee vinden dat het een taak van beide is. Vier callcentra vinden dat het maken van zorgafspraken de taak is van de kraamzorgaanbieder, één callcentrum is van mening dat het de taak is van het callcentrum en drie vinden dat het een taak is voor beide. Zes callcentra zijn van mening dat zorggarantie bieden een taak is van zowel de kraamzorgaanbieder als het callcentrum, één vindt het de taak van het kraamcentrum en één vindt dat het de taak is van het callcentrum. Zes van de zeven callcentra die afspraken hebben met kraamzorgaanbieders hebben structureel periodiek overleg met hen, variërend van 2x tot 12x per jaar. Naar de verdere inhoud van de afspraken is niet gevraagd. Het is daarom niet bekend op welke manier met name die gezamenlijke verantwoordelijkheid is vastgelegd.

De vijfde vraagstelling luidde: “Passen callcentra selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?”

Geen van de callcentra zegt zorginhoudelijke of financiële in- of uitsluitingscriteria te hanteren. Wel kan het ontbreken van een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de cliënt, of het feit dat de cliënt niet bij de eigen zorgverzekeraar verzekerd is een reden zijn om de cliënt niet in te schrijven. Verder wordt genoemd dat het aantal uren kraamzorg dat iemand ontvangt afhankelijk is van de polis die men heeft. Er zijn volgens de respondenten op voorhand geen specifieke groepen zwangeren die niet in aanmerking komen voor een kraamzorgaanbod. Zeven van de acht callcentra bieden de cliënt een keuze uit meerdere kraamzorgaanbieders en proberen indien mogelijk de kraamzorgaanbieder te regelen waar de voorkeur van de cliënt naar uit gaat. De achtste biedt als alternatief voor de kraamzorg in natura (bij één kraamzorgaanbieder) een bedrag ineens, zodat de cliënt zelf de gewenste zorg kan inkopen. Ook twee andere geven aan dat (soms) een bedrag ineens mogelijk is als de cliënt voorkeur heeft voor een andere kraamzorgaanbieder.

### 3.4 Knelpunten

Op dit moment zien twee van de acht callcentra knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de door kraamcentra geleverde kraamzorg en zeven van de acht callcentra geven aan dat de beschikbaarheid van personeel bij de kraamzorgaanbieders een knelpunt is (zie bijlage, pag. 114). Deze twee knelpunten hangen nauw met elkaar samen. Genoemd wordt bijvoorbeeld dat door het tekort aan kraamverzorgenden het aantal uren zorg in de knel komt, wat soms opgelost wordt door een aantal uren gezinszorg te bieden. Hierdoor dreigt echter ook de kwaliteit van de kraamzorg in het geding te komen. Vier van de acht callcentra zien op de (middel)lange termijn knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de kraamzorg en zeven zien op de (middel)lange termijn knelpunten met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel bij kraamcentra.

De beschikbaarheid van personeel bij de callcentra zelf wordt niet als knelpunt gezien, niet op dit moment en ook niet op de (middel)lange termijn. Eén callcentrum ziet op dit moment wel een knelpunt in de samenwerking met kraamzorgaanbieders, omdat er door gebrek aan personeel wel eens dingen mis gaan, maar verwacht dat dit op de langere termijn opgelost zal zijn.

### 3.5 Samenvatting en conclusie

Alle callcentra die door zorgverzekeraars genoemd zijn hebben aan dit onderzoek meegewerkt. De informatie is daarmee vrijwel compleet. Eén callcentrum heeft zelf noch afspraken met verzekeraars noch met kraamzorgaanbieders, maar werkt als 'front-office' voor een ander callcentrum dat de 'back-office functie' uitoefent. Dat wil zeggen dat het eerste callcentrum het aanspreekpunt is voor cliënten die zich melden voor kraamzorg en dat deze aanvraag voor verdere afhandeling wordt doorgegeven aan het tweede callcentrum.

De eerste vraagstelling was: "In welke mate houden callcentra (van zorgverzekeraars) zich bezig met het vaststellen van de behoefte aan kraamzorg en het formuleren van een zorgaanbod?" Gebleken is dat twee van de acht callcentra zowel de indicatiestelling voor het voorbezoek als de indicatiestelling voor het zorgaanbod tot hun functie rekenen. Zij voeren daarmee een deel van het primaire zorgproces uit. Alle twee hebben daar procedures voor beschikbaar. Een derde callcentrum doet zelf geen indicatiestelling voor het voorbezoek, maar voert wel uit wat de verzekeraar daarover heeft vastgelegd in de afspraken met de kraamzorgaanbieders.

De tweede vraagstelling luidde: "Hoe is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen enerzijds callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod en anderzijds kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars?" Gebleken is dat de taken informatie verstrekken en zorggarantie bieden door de meeste callcentra gezien worden als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel het callcentrum als de kraamzorgaanbieder, maar ook de taken zorgaanbod formuleren en zorgafspraken maken worden door enkele callcentra als gezamenlijke verantwoordelijkheid gezien. Niet bekend is hoe die gezamenlijke verantwoordelijkheid in de praktijk gestalte krijgt. Twee callcentra vinden het verstrekken van informatie een taak van het callcentrum. Eveneens twee callcentra vinden het formuleren van het zorgaanbod een taak van het callcentrum. Eén callcentrum vindt het maken van zorgafspraken een taak van het callcentrum en eveneens één callcentrum vindt het bieden van zorggarantie een taak voor het callcentrum.

De derde vraagstelling was: "Zijn callcentra die zich bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorgaanbod bekend met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg?" Gebleken is dat alle callcentra bekend zijn met de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, ook de callcentra die zich niet bezighouden met het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van het zorgaanbod.

De vierde vraagstelling luidde: "Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door de voornoemde callcentra?" Gebleken is dat bij de callcentra veel van de procedures en reglementen die in de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg genoemd worden en op hen van toepassing zijn al beschikbaar zijn.

De vijfde vraagstelling luidde: "Passen callcentra selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?" Gebleken is dat het ontbreken van een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de cliënt een reden kan zijn om de cliënt niet in te schrijven. Verder is genoemd dat het aantal uren kraamzorg dat iemand ontvangt afhankelijk is van de polis die men heeft. Er zijn volgens de respondenten op voorhand geen specifieke groepen zwangeren die niet in aanmerking kunnen komen voor een kraamzorgaanbod.

De conclusie uit dit deelonderzoek is dat er inderdaad callcentra zijn die een deel van het primaire zorgproces tot hun taak rekenen, namelijk het vaststellen van de zorgbehoefte en het formuleren van het zorgaanbod. Deze callcentra vallen daarmee onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en worden geacht (per 1-1-2002) te voldoen aan de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg voor zover die op hen van toepassing zijn, dat wil zeggen voor zover afspraken daarover zijn opgenomen in het contract met de zorgverzekeraar. Het betreft hier twee van de acht callcentra. Eén daarvan bleek niet op de hoogte te zijn van de afspraak dat de BasisKwaliteitseisen kraamzorg per 1-1-2002 bindend zijn en ook voor hen gaan gelden, maar beschikt wel over de benodigde procedures voor de indicatiestelling van voorbezoek en zorgaanbod. Het andere callcentrum heeft de implementatie van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg, voor zover van toepassing, afgerond en beschikt eveneens over de benodigde procedures. Daarnaast blijkt er in ieder geval één verzekeraar te zijn die richtlijnen voor de indicatiestelling voor het voorbezoek al in de afspraken met de kraamzorgaanbieders heeft vastgelegd.

Een aantal taken, met name informatie verstrekken en zorggarantie bieden, wordt gezien als gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel de kraamcentra als de callcentra. Onbekend is hoe die gezamenlijke verantwoordelijkheid feitelijk geregeld is. Het uitgangspunt van de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg is dat de kraamzorgaanbieder eindverantwoordelijk blijft voor het primaire zorgproces, ook als delen daarvan door anderen worden uitgevoerd. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg dient daarom ook bij een gezamenlijke verantwoordelijkheid helder te zijn hoe die afspraken er uit zien en wie, in geval van onenigheid, aanspreekbaar is.





**DEEL C:**

**VERLOSKUNDIGEN**



# KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE KRAAMZORG

## Deel C: Verloskundigen

### INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	83
1.1	Achtergrond	83
1.2	Vraagstellingen	83
1.3	Opbouw van het deelrapport verloskundigen	84
<b>2.</b>	<b>METHODEN</b>	85
2.1	Inleiding	85
2.2	De vragenlijsten	85
2.3	Onderzoekspopulatie en respons	85
<b>3.</b>	<b>VERLOSKUNDIGEN</b>	87
3.1	Inleiding	87
3.2	Afspraken met kraamzorgaanbieders	87
3.3	Zorgverlening door kraamzorgaanbieders	89
3.4	Ervaring met verkorte opleidingen	91
3.5	Beschikbaarheid en toegankelijkheid	91
3.6	Knelpunten nu en in de toekomst	94
3.7	Samenvatting en conclusie	95



# 1. INLEIDING

## 1.1 Achtergrond

De IGZ heeft het Nivel gevraagd om, naast onderzoek onder kraamzorgaanbieders, ook onderzoek te doen bij callcentra en bij verloskundigen naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Verloskundigen zijn bij dit onderzoek betrokken omdat zij degenen zijn die in de praktijk regelmatig problemen op het gebied van de kraamzorg signaleren, zoals naar voren kwam in het Nivel-onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorg (Wiegers e.a. 1999). Er zijn in Nederland ruim 1000 zelfstandig gevestigde verloskundigen werkzaam in 453 verloskundige praktijken\*, die met elkaar verantwoordelijk zijn voor bijna 100.000 bevallingen in een jaar. Ruim de helft van die bevallingen (51.500 in 1998) vindt thuis plaats, terwijl ruim 14.000 vrouwen die thuis aan de bevalling zijn begonnen, tijdens de partus naar de tweede lijn verwezen zijn. Daarnaast worden nog ruim 6000 kinderen thuis geboren onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Bij al deze thuisbevallingen is kraamzorg onontbeerlijk. Maar ook als de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt is het van belang dat er kraamzorg geregeld is, zodat moeder en kind op hulp kunnen rekenen zodra ze uit het ziekenhuis thuiskomen. De periode van kraamzorg loopt vanaf de dag van de bevalling tot maximaal 10 dagen daarna. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige (of huisarts) tijdens de bevalling, verleent zorg aan moeder en kind gedurende de daaropvolgende dagen, geeft voorlichting en ondersteuning, onder andere met betrekking tot babyverzorging en borstvoeding, levert een bijdrage aan de verzorging van andere gezinsleden en voert huishoudelijke activiteiten uit. In het onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorgverlening (1999) kwam naar voren dat problemen in de kraamzorg voor verloskundigen direct consequenties hebben, omdat het dikwijls betekent dat de verloskundige vaker naar de kraamvrouw toe moet en dingen moet doen die niet haar taak zijn, dat de continuïteit van zorg voor de kraamvrouw onvoldoende is en dat de kwaliteit van de kraamzorg daarmee te wensen overlaat. Een kwalitatief goede en goed functionerende kraamzorg is van essentieel belang voor het goed functioneren van de hele verloskundige zorgverlening.

## 1.2 Vraagstellingen

Voor het onderzoek onder verloskundigen zijn de volgende vraagstellingen van toepassing:

1. Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?
2. Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door (de voornoemde) callcentra?
3. Passen kraamzorgaanbieders (en callcentra) selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?
4. Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?

De vraagstellingen 1, 3 en 4 zijn identiek aan de vraagstellingen 2, 3 en 4 in het deelonderzoek bij de kraamzorgaanbieders. Vraagstelling 2 is identiek aan vraagstelling 4 in het deelonderzoek bij de callcentra.

\* Hingstman L.:Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2000

In dit deelonderzoek heeft vraagstelling 1 alleen betrekking op die activiteiten en middelen die een rol spelen in de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen. Het betreft hier de volgende activiteiten en middelen: afspraken over afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, afspraken over procedures, protocollen en werkinstructies, afspraken over het gebruik van een zorgplan en bereikbaarheid van het kraamcentrum voor de aanvraag van partusassistentie.

Specifiek voor het onderzoek bij verloskundigen moet aan vraagstelling 2 een vraag toegevoegd worden, namelijk:

2a. in hoeverre zijn verloskundigen bekend met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod?

Ook aan vraagstelling 4 moet voor de verloskundigen een vraag toegevoegd worden, namelijk:

4a. In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?

Bovendien moet voor verloskundigen vraagstelling 4 anders geformuleerd worden, omdat zij niet direct zicht hebben op de wijze waarop de kwaliteit wordt bevorderd en bewaakt. Wel kunnen zij een oordeel geven over de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen in de praktijk. De vraagstelling wordt daarom als volgt:

4b. Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?

### **1.3 Opbouw van het deelrapport verloskundigen**

In het hierna volgende hoofdstuk wordt de methode, de uitvoering van het onderzoek, de onderzoekspopulatie en de respons besproken. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van het deelonderzoek bij verloskundigen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en conclusie.

## **2. METHODEN**

### **2.1 Inleiding**

Evenals in het deelonderzoek onder kraamzorgaanbieders zijn in dit deelonderzoek telefonische enquêtes gehouden. Een steekproef van verloskundigen is schriftelijk benaderd door de IGZ met de vraag aan dit onderzoek mee te werken. Men kon zich met behulp van een antwoordformulier daarvoor aanmelden bij het Nivel. Daarop kreeg men een schriftelijke vragenlijst toegestuurd, met het verzoek deze alvast te bestuderen. Op een door de respondent aangegeven dag en tijdstip werd de vragenlijst vervolgens telefonisch afgenomen door een enquêteur van het Nivel.

### **2.2 De vragenlijsten**

De vragenlijst voor de verloskundigen is, evenals de vragenlijst voor de callcentra, gebaseerd op de vragenlijsten die voor de kraamcentra ontwikkeld zijn. In de vragenlijst voor verloskundigen is de nadruk gelegd op afspraken met kraamzorgaanbieders, de ervaringen met de zorgverlening en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kraamzorg in de regio.

### **2.3 Onderzoekspopulatie en respons**

Een steekproef van 100 verloskundige praktijken werd door de inspectie benaderd met de vraag aan dit onderzoek mee te werken. Twee brieven kwamen als onbestelbaar terug en 18 verloskundige praktijken lieten weten om uiteenlopende redenen niet aan het onderzoek te kunnen of willen meewerken. Zestig verloskundige praktijken lieten, in enkele gevallen na een telefonische rappel, weten in principe mee te willen werken. Negen van hen zagen daar later alsnog vanaf, of het bleek niet mogelijk om binnen de daarvoor gestelde tijd een afspraak te maken voor een telefonisch interview. Twintig verloskundige praktijken hebben niet op het verzoek om medewerking gereageerd en konden ook niet telefonisch bereikt worden. De uiteindelijke respons onder verloskundige praktijken is daarmee op 51 gekomen.





### **3. VERLOSKUNDIGEN**

#### **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de interviews met contactpersonen van verloskundige praktijken. Alle vier de vraagstellingen voor dit deelonderzoek zullen in dit hoofdstuk besproken worden. De eerste vraagstelling, naar de activiteiten en middelen die kraamzorgaanbieders inzetten ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg, heeft hier alleen betrekking op de afspraken die gemaakt zijn tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen. De bespreking volgt in paragraaf 4.2. In paragraaf 4.3 wordt een beeld geschetst van de zorgverlening door kraamzorgaanbieders, zoals dat ervaren wordt door verloskundigen uit 51 verloskundige praktijken. Daarop aansluitend wordt in paragraaf 4.4 de ervaring met de verkorte opleidingen voor kraamverzorgenden besproken aan de hand van de geherformuleerde vierde vraagstelling: “In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?” en: “Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?”

De tweede vraagstelling, naar de activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg die worden ingezet door callcentra, vooraf gegaan door de vraag in hoeverre verloskundigen bekend zijn met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod, komt, evenals de derde vraagstelling, naar selectie van cliënten door kraamzorgaanbieders (en callcentra), aan bod in paragraaf 4.5.

Van de 100 verloskundige praktijken die benaderd zijn voor dit onderzoek hebben 51 daadwerkelijk meegewerkt. Gemiddeld werken er in elke praktijk drie verloskundigen als zelfstandig gevestigde of in dienstverband. Daarnaast zijn in een aantal praktijken nog vaste of wisselende waarnemers werkzaam.

De praktijken hebben gemiddeld iets meer dan 400 inschrijvingen per jaar, variërend van ruim 100 tot bijna 900, en het aantal bevallingen was in 1999 gemiddeld 287, variërend van 86 tot 730. Het aantal kraambedden is gemiddeld 328 per praktijk.

De eerste vraagstelling in dit deelonderzoek was: “Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?” Deze vraagstelling heeft hier alleen betrekking op die activiteiten en middelen die een rol spelen in de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen.

#### **3.2 Afspraken met kraamzorgaanbieders**

De vraagstelling die hier aan de orde is luidt: “Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?” Omdat dit alleen betrekking heeft op de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen geven we daar eerst een beeld van. Een verloskundige praktijk heeft gemiddeld te maken met ruim 4 kraamzorgaanbieders (tabel 4.1) maar het aandeel in de kraamzorg van elk van die kraamcentra is sterk verschillend. Gemiddeld ontvangt 64 procent van de kraamvrouwen in de verloskundige praktijk kraamzorg van één kraamcentrum.

Tabel 3.1: Verloskundige praktijken naar aantal kraamcentra waarmee samengewerkt wordt

Kraamcentra	Verloskundige praktijken	
	N	%
1 of 2	4	8
3	12	23
4	13	25
5	11	22
6 of meer	11	22
totaal	51	100

De meeste verloskundige praktijken (44 van de 51 = 86%) hebben afspraken gemaakt met tenminste één kraamcentrum over afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Beduidend minder vaak hebben ze afspraken hierover met meerdere kraamcentra. Bijvoorbeeld: er zijn 13 praktijken die te maken hebben met 4 kraamzorgaanbieders (tabel 3.1), maar slechts 4 praktijken hebben ook met vier kraamzorgaanbieders afspraken gemaakt over de afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (tabel 3.2). Het gemiddeld aantal kraamcentra waarmee afspraken gemaakt zijn over de afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden is 1,6.

Ook afspraken met betrekking tot procedures, protocollen en werkinstructies zijn meestal wel met tenminste één kraamcentrum gemaakt (ook in 86% van de praktijken), maar veel minder vaak met meerdere kraamcentra (gemiddeld met 1,5). Hetzelfde geldt voor afspraken met betrekking tot het gebruik van een zorgplan. Alleen zijn hierover in verhouding vaker met meer dan één kraamcentrum afspraken gemaakt (gemiddeld met 1,9).

Tabel 3.2: Verloskundige praktijken naar het aantal kraamcentra waarmee afspraken gemaakt zijn

aantal kraamcentra	afstemming <sup>1</sup>	procedures <sup>2</sup>	zorgplan <sup>3</sup>
1	23	29	17
2	10	6	7
3	5	4	8
4	4	3	3
5	2	3	2
6	-	1	2
9	-	-	1
subtotaal	44	44	40
geen	7	7	11
totaal	51	51	51

<sup>1</sup> = afspraken met betrekking tot afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

<sup>2</sup> = afspraken met betrekking tot procedures, protocollen en werkinstructies

<sup>3</sup> = afspraken met betrekking tot het gebruik van een zorgplan

In 47 van de 51 verloskundige praktijken wordt structureel (periodiek) overleg gevoerd met één of meer kraamzorgaanbieders, gemiddeld twee keer per jaar.

### 3.3 Zorgverlening door kraamzorgaanbieders

Kraamzorg kan in meerdere vormen aangeboden worden. De meest uitgebreide vorm is partus-assistentie gevolgd door 8-uurszorg, dat wil zeggen: 8 uur kraamzorg per dag, gedurende 8 tot maximaal 10 dagen. Wijkzorg of kraambezoeken is de meest beperkte vorm van kraamzorg en houdt in dat maximaal 3 uur per dag zorg wordt verleend. De uitgebreide vorm van kraamzorg, 8-uurszorg, komt in alle praktijken voor evenals partusassistentie (tabel 3.3). Combizorg, meestal een combinatie van 8-uurszorg en een kortere vorm van zorg, zoals 5-uurszorg of wijkzorg, komt het minst vaak voor, in 59 procent van de praktijken.

Tabel 3.3: Verloskundige praktijken naar soort kraamzorg die in hun praktijk voorkomt

Soort kraamzorg	Verloskundige praktijken	
	N	%
partusassistentie	51	100
kraambezoeken/wijkzorg	48	94
5-uurszorg	45	88
8-uurszorg	51	100
combizorg	30	59

Dit wil overigens niet zeggen dat in alle praktijken 8-uurszorg het meest voorkomt, ook al is dat wel in de meeste praktijken het geval (tabel 3.4). In drie praktijken blijkt de meest beperkte vorm van kraamzorg het meest voor te komen en in 5 praktijken komt de 5-uurszorg het meest voor. Bij 'anders' is door één verloskundige genoemd dat de mensen wel 8 uur zorg aanvragen, maar dat ze meestal maar 4 uur krijgen.

Tabel 3.4: Verloskundige praktijken naar soort kraamzorg die in hun praktijk **het meest** voorkomt

Soort kraamzorg	Verloskundige praktijken	
	N	%
kraambezoeken/wijkzorg	3	6
5-uurszorg	5	10
8-uurszorg	40	78
anders	3	6
Totaal	51	100

Bij thuisbevallingen wordt in de meeste gevallen wel partusassistentie verleend door een kraamverzorgende, gemiddeld bij 91 procent van alle thuisbevallingen. Bij poliklinische bevallingen is dat heel anders, daar wordt maar bij 16 procent van alle bevallingen partusassistentie verleend. In 36 van de 51 praktijken (71%) wordt nooit partusassistentie verleend bij poliklinische bevallingen. Daar staat tegenover dat in 4 praktijken altijd partusassistentie wordt verleend tijdens poliklinische bevallingen (zie tabel 3.5) terwijl in 23 van de 51 praktijken (45%) altijd partusassistentie verleend wordt bij thuisbevallingen. Vier praktijken melden dat er in minder dan de helft van alle thuisbevallingen partusassistentie aanwezig is.

Tabel 3.5: Verloskundige praktijken naar de mate waarin partusassistentie verleend wordt

Hoe vaak partusassistentie	bij thuisbevallingen	
	bij poliklinische bevallingen	
geen	0	36
≤ 25%	1	4
26 - 50%	3	2
51 - 75%	2	1
76 - 99%	22	3
100%	23	4

Alle praktijken melden dat het het afgelopen jaar wel eens is voorgekomen dat partusassistentie was afgesproken, maar dat de kraamverzorgende niet, of niet op tijd, aanwezig was. Een kraamverzorgende is op tijd aanwezig als ze gearriveerd is voordat de baby geboren is. In 10 praktijken is dat een enkele keer voorgekomen, maar in 41 praktijken (80%) is dat regelmatig voorgekomen. Daar worden allerlei redenen voor aangevoerd. Een groot aantal verloskundigen (35 van de 51 = 69%) wijst daarbij op de reistijd van de kraamverzorgende: de kraamverzorgende woont te ver weg, moet soms meer dan een uur reizen, is soms niet bekend in de regio en kan het adres niet vinden. Ook wordt door 19 van de 51 verloskundigen het personeelstekort bij de kraamcentra als reden genoemd. Verder wordt nog 8 keer genoemd dat het kraamcentrum, na hun verzoek om partusassistentie, te laat belt naar een kraamverzorgende. Maar het ligt niet altijd aan de kraamzorg: 15 keer wordt als reden gegeven dat de bevalling te snel gaat en 8 keer wordt genoemd dat de verloskundige zelf te laat is met het oproepen van een kraamverzorgende. Deze redenen hangen nauw met elkaar samen. Eén verloskundige verwoordt dat als volgt: *“Als je te vroeg belt gaat dat van de zorguren af, dus wil je niet te vroeg bellen. En dan komen ze te laat.”*

De verloskundigen hebben op een vierpunts-schaal (altijd - meestal - soms - nooit) aangegeven wat hun ervaring is met verschillende aspecten van kraamzorg in hun praktijk (tabel 3.6).

Tabel 3.6: Verloskundige praktijken naar ervaring met kraamzorg

	altijd	meestal	soms	nooit	niet
					ingevuld
Kraamzorg verloopt naar volle tevredenheid	2	40	9	-	-
Cliënten krijgen voldoende informatie vooraf	8	32	7	2	2
De partusassistentie verloopt naar tevredenheid	3	40	7	1	-
Het aantal uren kraamzorg is voldoende	2	32	15	2	-
De kwaliteit van de kraamzorg is voldoende	1	44	6	-	-
Kraamverzorgenden zijn voldoende deskundig	1	44	6	-	-
Leerling-kraamverzorgenden krijgen voldoende begeleiding	5	27	14	2	3

Uit deze tabel blijkt dat over het algemeen de ervaringen met de kraamzorg positief zijn: de meeste verloskundigen (praktijken) zijn van mening dat de kraamzorg meestal voldoende is op alle in de tabel genoemde punten. In zeventien van de 51 praktijken (33%) zijn de verloskundigen echter minder positief over het aantal uren kraamzorg: zij vinden dat het maar soms of, in twee gevallen zelfs, nooit voldoende is en een bijna even grote groep (16 = 31%) is minder

positief over de begeleiding van leerling-kraamverzorgenden. Ook zijn verloskundigen in twee praktijken van mening dat de kraamzorg op het punt van informatie vooraf aan cliënten nooit voldoende is en in 1 praktijk dat de partusassistentie nooit naar tevredenheid verloopt.

### 3.4 Ervaring met verkorte opleidingen

De vraagstellingen die hier aan de orde zijn luiden: “In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?” en vervolgens: “Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?”

De verloskundige praktijken hebben bijna allemaal te maken met leerlingen of afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen, maar meestal is bij de verloskundigen niet bekend van welke van de twee verkorte opleidingen, de cursus van 6 - 9 maanden, of de cursus van 16 - 18 maanden, deze kraamverzorgenden afkomstig zijn (26 keer) of ze hebben met leerlingen/afgestudeerden van beide opleidingen te maken (11 keer). In 7 gevallen heeft men te maken met leerlingen/afgestudeerden van één van beide verkorte opleidingen, in de overige 7 praktijken is dat niet bekend.

Aan de verloskundigen in praktijken die te maken hebben met leerlingen of afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen, is gevraagd of zij kunnen aangeven of er een verschil is met kraamverzorgenden die de onverkorte opleiding gevolgd hebben. Vijf van de 44 verloskundigen zegt geen verschil te merken, 24 van de 44 echter wel en 15 laten weten dat ze dat niet kunnen beoordelen. In positieve zin (6 keer) wordt genoemd dat het vaak herintreders zijn, die al wat ouder zijn en bewust voor dit werk hebben gekozen. De ervaring is dat ze gemotiveerder zijn en meer praktijkgericht en zich makkelijker kunnen aanpassen.

Aan de negatieve kant (18 keer) wordt genoemd dat leerlingen/afgestudeerden van de verkorte opleidingen minder vakkundig en minder theoretisch onderlegd zijn, dat ze minder inzicht, praktische kennis en vaardigheden hebben, onzekerder zijn, minder ervaren, minder deskundig en niet op de hoogte van procedures, onvoldoende ervaring hebben in het thuis assisteren van de partus en weinig bevallingen hebben gezien. Ongeveer de helft van de verloskundigen in praktijken die ervaring hebben met leerlingen/afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen is van mening dat ze meestal of altijd goed begeleid worden (21 keer), 7 vinden dat ze soms goed begeleid worden en 8 zijn van mening dat ze meestal niet goed begeleid worden. Acht verloskundigen hebben daar geen mening over.

### 3.5 Beschikbaarheid en toegankelijkheid

De vraagstelling die hier aan de orde is luidt: “Passen kraamzorgaanbieders (en callcentra) selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?” Omdat naast inhoudelijke en financiële redenen ook personeelstekort een reden kan zijn om selectie van cliënten toe te passen, is eerst gevraagd naar de ervaringen van verloskundigen op dat punt.

Aan de verloskundigen is gevraagd of, naar hun mening, het aantal kraamverzorgenden in de regio in overeenstemming is met de zorgvraag en of, naar hun mening, de kraamzorg aan individuele cliënten in overeenstemming is met de zorgvraag. Meer dan de helft van hen (28 = 55%) is van mening dat er op dit moment te weinig kraamverzorgenden zijn in de regio (tabel 3.7). De overigen zijn van mening dat er op dit moment voldoende kraamverzorgenden in de regio zijn, maar dat er wel incidenteel tekorten zijn, vooral in piekperioden. Sommigen verwachten dat er op termijn structureel te weinig kraamverzorgenden zullen zijn.

lets minder dan de helft van de verloskundigen (praktijken) (23 = 45%) is van mening dat er op dit moment te weinig kraamverzorgenden zijn om te voldoen aan de zorgvraag van individuele cliënten. Evenveel zijn van mening dat er in principe wel genoeg kraamverzorgenden zijn om aan de individuele zorgvraag tegemoet te komen, maar dat er incidenteel, bijvoorbeeld in piekperioden, tekorten zijn. Dit betekent dat het kan voorkomen dat cliënten ofwel niet worden ingeschreven en dus geen kraamzorg ontvangen, ofwel minder zorg ontvangen dan wenselijk is. Dat de kraamzorg aan individuele cliënten niet altijd in overeenstemming is met de zorgvraag wordt door sommigen ook geweten aan de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld omdat de verzekering voor particulieren soms te karig is of omdat het moeilijk is om verlenging te regelen.

Tabel 3.7 Is het aantal kraamverzorgenden / de kraamzorg in overeenstemming met de zorgvraag? (meerdere antwoorden mogelijk, N = 51)

	aantal kraamverzorgenden in de regio	kraamzorg aan individuele cliënten
Ja	3	4
Ja, maar naar verwachting op termijn structureel te weinig kraamverzorgenden	7	5
Ja, maar incidenteel (b.v. in piekperioden) te weinig kraamverzorgenden	21	23
Ja, maar .....	1	4
Nee, op dit moment te weinig kraamverzorgenden	28	23

Op de vraag of de kraamzorgaanbieders, naar de mening van de verloskundigen, selectiecriteria hanteren, antwoorden de meeste verloskundigen (praktijken) ontkennend (29x = 57%). De overigen denken dat er wel in- of uitsluitingscriteria gehanteerd worden. Daarbij worden uiteenlopende voorbeelden gegeven, zoals: te slechte huisvesting, niet de vaste bijdrage betalen, te laat ingeschreven zijn of niet verzekerd zijn. Tien van de 51 verloskundigen (praktijken) (20%) zijn van mening dat er specifieke groepen zijn die bij één of meer van de kraamzorgaanbieders niet in aanmerking kunnen komen voor kraamzorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om ziekenfondsverzekerden die bij een bepaald bureau niet terecht kunnen (omdat dat bureau alleen voor particulier verzekerden werkt) of om mensen die zich te laat inschrijven (veelal buitenlandse mensen), mensen die niet verzekerd zijn of de eigen bijdrage niet kunnen betalen, of mensen die eerder dan gepland uit het ziekenhuis komen.

In de meeste gevallen (36x = 71%) kan de verloskundige 24 uur per dag, 7 dagen per week, contact opnemen met de kraamzorgaanbieder(s), bijvoorbeeld als er geen partusassistentie aanwezig is. Negen verloskundigen melden dat ze alleen op vooraf bepaalde tijden, bijvoorbeeld tijdens kantooruren, kunnen bellen. Het is overigens niet gevraagd of dit geldt voor de belangrijkste kraamzorgaanbieder in de regio, voor alle kraamzorgaanbieders in de regio, of voor één van de kraamzorgaanbieders waar de praktijk mee te maken heeft. Vijf verloskundigen laten weten dat ze de ene kraamzorgaanbieder wel, maar de andere niet 24 uur per dag kunnen bereiken, 1 verloskundige meldt dat het vaak niet bekend is bij wie ze in zo'n geval zou moeten zijn.

In zes verloskundige praktijken is het voorgekomen dat in 1999 één of meer cliënten geen kraamzorg ontvingen omdat ze niet verzekerd waren bij een in de regio gebruikelijke verzekeringsmaatschappij. Het ging dan bijvoorbeeld om iemand met een vluchtelingenstatus, een onverzekerde of een illegaal iemand. Het komt vaker voor dat zwangeren bewust geen

kraamzorg willen, in 32 verloskundige praktijken (63%) hebben verloskundigen daar in 1999 mee te maken gehad. Het is in veel minder verloskundige praktijken (9 keer = 18%) wel eens voorgekomen in 1999 dat mensen die alleen wijkkraamzorg wilden helemaal geen kraamzorg hebben ontvangen. Ook melden verloskundigen in 9 praktijken dat het in 1999 is voorgekomen dat zwangeren die onvoldoende de Nederlandse taal beheersten uiteindelijk geen kraamzorg ontvingen. Daarnaast wordt nog genoemd dat mensen die zich te laat aanmelden soms geen kraamzorg ontvangen.

In tabel 3.8 is de ervaring in verloskundige praktijken ten aanzien van enkele aspecten van beschikbaarheid en toegankelijkheid bij elkaar gezet. Let wel: er is alleen gevraagd aan de verloskundigen of een van deze situaties in hun praktijk is voorgekomen. Er is niet gevraagd hoe vaak het is voorgekomen.

Tabel 3.8 Ervaring van verloskundige praktijken met aspecten van beschikbaarheid en toegankelijkheid (N = 51)

	ja		nee	
	N	%	N	%
Komt het in uw praktijk voor dat:				
kraamcentra selectiecriteria hanteren	22	43	29	57
specifieke groepen niet in aanmerking komen voor kraamzorg	10	20	41	80
kraamcentrum niet 24 u. per dag bereikbaar is	15	29	36	71
Is het in 1999 in uw praktijk voorgekomen dat:				
zwangeren die wijkzorg wilden geen kraamzorg kregen	9	18	42	82
zwangeren die geen Nederlands spreken geen kraamzorg kregen	9	18	42	82
zwangeren geen kraamzorg wilden	32	63	19	37

Soms blijkt tijdens de kraamperiode dat cliënten meer kraamzorg nodig hebben dan vooraf was afgesproken. In één op de vier verloskundige praktijken (13 = 26%) heeft men de ervaring dat die extra zorg meestal niet (dat wil zeggen: in minder dan een kwart van de gevallen) gegeven wordt, in 16 verloskundige praktijken (31%) geeft men aan dat die extra zorg soms, dat wil zeggen in ca. een kwart tot driekwart van de gevallen, gegeven wordt en in 22 verloskundige praktijken (43%) heeft men de ervaring dat die zorg meestal wel (in minimaal driekwart van de gevallen) gegeven wordt.

Op de vraagstellingen: "in hoeverre zijn verloskundigen bekend met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod?" en: "Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door (de voornoemde) callcentra?" is het antwoord kort. Dat callcentra kunnen functioneren als intermediair tussen zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders en dat die soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod, is bij de meeste de verloskundigen/praktijken niet bekend, slechts 15 (29%) van de 51 verloskundigen is hiervan op de hoogte. Van die 15 verloskundigen zijn 9 van mening dat het callcentrum daarmee invloed heeft op de omvang van de geleverde kraamzorg, 4 verloskundigen denken dat het callcentrum daar geen invloed op heeft. De overige twee hebben daar geen mening over.

### 3.6 Knelpunten nu en in de toekomst

Aan de verloskundigen is gevraagd of zij in hun praktijk op dit moment of op de (middel)lange termijn knelpunten ervaren met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde kraamzorg, de deskundigheid van de kraamverzorgenden, de samenwerking met kraamzorgaanbieders of op andere gebieden. Tabel 3.9 geeft een overzicht van de antwoorden. Daarbij is ook aangegeven hoeveel van de verloskundigen zowel op dit moment knelpunten ervaren alsook op de (middel)lange termijn knelpunten verwachten.

Bij de knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde kraamzorg op dit moment wordt de (bij)scholing en begeleiding van de kraamverzorgenden het meest genoemd (12 keer), direct gevolgd door het personeelsgebrek bij de kraamcentra en het tijdgebrek bij de kraamverzorgenden (11 keer). Genoemd wordt dat kraamverzorgenden onvoldoende ingewerkt zijn en onvoldoende bijscholing en begeleiding krijgen, waardoor hun kennis niet up-to-date is. Zeker vier verloskundigen zeggen expliciet dat de verkorte opleiding niet voldoet, dat de basiskennis ontbreekt en de kraamverzorgenden te weinig vaardigheden en inzicht hebben. Maar ook de onverkorte (MDGO-)opleiding is volgens hen minder goed dan de oude kraamopleiding. Naast het genoemde personeelsgebrek en tijdgebrek van kraamverzorgenden, wat er soms toe leidt dat de kraamvrouw minder uren zorg ontvangt dan is toegezegd, wordt ook als knelpunt genoemd dat er teveel verschillende kraamverzorgenden in één gezin komen (4 keer). Verder wordt nog door vier verschillende verloskundigen een negatief oordeel gegeven over een landelijk kraamcentrum.

Tabel 3.9: Verloskundige praktijken naar ervaren knelpunten op dit moment en op de (middel)lange termijn

	knelpunt op dit moment	knelpunt op de (middel)lange termijn	knelpunt nu en in de toekomst
de kwaliteit van de geleverde kraamzorg	31 (61%)	28 (55%)	22 (43%)
de beschikbaarheid van kraamverzorgenden	43 (84%)	42 (82%)	38 (75%)
de deskundigheid van kraamverzorgenden	25 (49%)	27 (53%)	19 (37%)
de samenwerking met kraamzorgaanbieders	24 (47%)	20 (39%)	17 (33%)
andere knelpunten	14 (28%)	11 (22%)	9 (18%)

Ook op de (middel)lange termijn ziet de meerderheid van de verloskundigen knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde kraamzorg. De helft van hen verwacht dat het nog verder achteruit zal gaan (14 keer) omdat het tekort niet snel opgelost zal worden en de opleiding niet voldoende is. Bij de knelpunten met betrekking tot de beschikbaarheid van kraamverzorgenden op dit moment wordt er vooral op gewezen dat er zo wie zo een tekort aan kraamverzorgenden is (16 keer) en dat het verloop ook groot is (3 keer), dat het vooral in de vakantieperiode een probleem is (13 keer), dat de planning slecht is en dat kraamverzorgenden van te ver moeten komen (6 keer) en dat het ontbreken van partusassistentie regelmatig voorkomt (4 keer). Ook op de langere termijn zien de meeste verloskundigen knelpunten met betrekking tot de beschikbaarheid van kraamverzorgenden. De verwachting is dat het verloop nog groter zal worden, vooral omdat het vak steeds minder aantrekkelijk wordt, bijvoorbeeld door slechte salariering en verkorting van de kraamtijd.

Bij de knelpunten met betrekking tot de deskundigheid van kraamverzorgenden op dit moment wordt vooral genoemd dat er onvoldoende bijscholing en begeleiding gegeven wordt aan pasafgestudeerden (7 keer) en dat leerlingen van de verkorte opleidingen onvoldoende theoretische



kennis en onvoldoende ervaring hebben (6 keer). Over mogelijke knelpunten op de langere termijn is men niet positief, vooral als de opleidingen niet verbeterd worden.

Bij de knelpunten met betrekking tot de samenwerking met kraamzorgaanbieders op dit moment is verschillende keren genoemd dat enerzijds vooral de samenwerking met één van de grote landelijke kraamzorgaanbieders (7 keer) en anderzijds juist met de kleine particuliere bureaus (6 keer) problematisch is. Ze houden zich niet aan afspraken, luisteren niet naar klachten of zijn slecht bereikbaar. Met de kleinere bureaus is vaak weinig contact. Voor de langere termijn wordt het door sommigen als problematisch gezien dat er steeds meer kleinere bureautjes komen, waarmee dikwijls geen afspraken gemaakt zijn, terwijl anderen problemen verwachten als steeds meer bureaus landelijk gaan werken, omdat er dan geen binding met de regio meer is en de communicatielijnen langer worden.

Bij de vraag naar andere knelpunten, op dit moment of op de langere termijn, worden veel verschillende zaken genoemd, zoals de onvoldoende bereikbaarheid van één van de kraamzorgaanbieders buiten kantooruren en het lage inkomen van kraamverzorgenden, waardoor ze eerder in het bedrijfsleven gaan werken. Vier keer wordt gewezen op de toenemende rol die verzekeraars zouden spelen: gevreesd wordt dat verzekeraars gaan bepalen hoeveel zorg iemand krijgt en dat er geen voorbezoeken meer worden afgelegd tijdens de zwangerschap. Ook als gevolg van de arbeidstijden-wet kunnen verzekeraars hun invloed vergroten. Als bijvoorbeeld een kraamverzorgende niet langer dan zes dagen achter elkaar mag werken en haar werk voor de laatste twee dagen door een ander moet worden overgenomen, is dat voor de kraamverzorgende niet prettig, maar ook niet voor het gezin. De ervaring van de verloskundige is dat veel gezinnen dan zeggen: laat die laatste twee dagen maar. Waarop de verzekeraar kan zeggen dat 6 dagen kraamzorg voldoende is, omdat verzekerden zelf die laatste twee dagen niet meer nodig vinden.\*

### 3.7 Samenvatting en conclusie

Aan dit onderzoek hebben 51 verloskundige praktijken meegewerkt, met gemiddeld 400 inschrijvingen en 328 kraambedden per jaar. De verloskundige praktijken hebben gemiddeld te maken met vier kraamzorgaanbieders. In alle praktijken wordt partusassistentie verleend bij thuisbevallingen en bij een deel van de praktijken wordt ook bij poliklinische bevallingen partusassistentie verleend. Het blijkt in veel praktijken regelmatig voor te komen dat de kraamverzorgende niet of niet op tijd aanwezig is bij een bevalling. Daar worden verschillende oorzaken voor genoemd, zoals de lange reistijd van de kraamverzorgende of het personeelstekort bij de kraamcentra. Maar ook het snelle verloop van een bevalling en het pas op een laat moment aanvragen van partusassistentie door de verloskundige spelen daarin een rol.

De meest uitgebreide vorm van kraamzorg, 8-uurszorg, wordt in alle praktijken geleverd, maar er zijn enkele praktijken waar 5-uurszorg of 3-uurszorg (kraambezoeken) het meest voorkomt. Over het algemeen zijn de ervaringen van de verloskundigen met de kraamzorg positief, maar het aantal praktijken waar men minder positief is over verschillende aspecten van de kraamzorg varieert van 6 (12%) als het gaat om de kwaliteit van de kraamzorg of de deskundigheid van de kraamverzorgenden tot 17 (33%) als het gaat om het aantal uren kraamzorg dat geleverd wordt.

\* Overigens kent de sector een ontheffingsbepaling in het Arbeidstijdenbesluit dat een verruiming behelst van het aantal dagen dat men aaneengesloten mag werken (van 6 naar 8) (van Moorsel e.a. 1999).

De meeste verloskundige praktijken hebben te maken met leerlingen en/of afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen, maar van welke opleiding is vaak niet bekend. Over het algemeen vindt men dat deze leerlingen en afgestudeerden minder goed opgeleid zijn dan degenen die de onverkorte opleiding gevolgd hebben. Ook de begeleiding laat volgens een aantal verloskundigen te wensen over.

In meer dan de helft van de verloskundige praktijken is de ervaring dat er op dit moment een tekort is aan kraamverzorgenden, terwijl in de meeste overige praktijken met name in piekperiodes, zoals vakanties en feestdagen, een tekort merkbaar is. Dit betekent dat cliënten ofwel niet worden ingeschreven, ofwel minder zorg ontvangen dan wenselijk is.

Voor dit gedeelte van het onderzoek waren vier vragenstellingen geformuleerd. De eerste vraagstelling was: "Welke activiteiten en middelen zetten kraamzorgaanbieders in ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg?" In het deelonderzoek bij de kraamcentra is uitgebreid op deze vraagstelling ingegaan. In dit deelonderzoek heeft deze vraagstelling alleen betrekking op die activiteiten en middelen die een rol spelen in de samenwerking tussen kraamzorgaanbieders en verloskundigen. Het betreft hier de volgende activiteiten en middelen: afspraken over afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, afspraken over procedures, protocollen en werkinstructies, afspraken over het gebruik van een zorgplan en bereikbaarheid van het kraamcentrum voor de aanvraag van partusassistentie. Gebleken is dat 44 van de 51 verloskundige praktijken met ten minste één kraamcentrum in de regio afspraken gemaakt hebben over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Eveneens 44 praktijken hebben met ten minste één kraamcentrum afspraken gemaakt over procedures, protocollen en werkinstructies en 40 praktijken hebben met ten minste één kraamcentrum afspraken gemaakt over gebruik van een zorgplan. In de meeste gevallen echter hebben de verloskundige praktijken met meer kraamzorgaanbieders te maken dan waarmee ze afspraken gemaakt hebben. In de meeste gevallen zijn de kraamzorgaanbieders 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar voor het aanvragen van partusassistentie, maar in 9 van de 51 praktijken kan volgens de verloskundige alleen op vooraf bepaalde tijden, bijvoorbeeld tijdens kantooruren, gebeld worden. In 5 praktijken is dat per kraamzorgaanbieder verschillend.

De tweede vraagstelling was: "Welke activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg worden ingezet door (de voornoemde) callcentra?" Hier was voor dit deelonderzoek een vraag aan toegevoegd, namelijk: "in hoeverre zijn verloskundigen bekend met het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod?" Gebleken is dat slechts een klein aantal verloskundigen (15) op de hoogte is van het feit dat callcentra soms een actieve rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod. Op grond daarvan kan geen antwoord gegeven worden op de eigenlijke vraagstelling naar de door callcentra ingezette activiteiten en middelen ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg

De derde vraagstelling was: "Passen kraamzorgaanbieders (en callcentra) selectie van cliënten toe? Zo ja, op basis van welke criteria?" Gebleken is dat de een kleine meerderheid van de verloskundigen van mening is dat de kraamcentra geen selectiecriteria hanteren. Degenen die denken dat dat wel gebeurt, geven voorbeelden als: slechte huisvesting, de vaste bijdrage niet betalen, niet verzekerd zijn of zich te laat hebben ingeschreven. In tien praktijken is men van mening dat daarbij specifieke groepen niet in aanmerking komen voor kraamzorg, zoals ziekenfondsverzekerden, late inschrijvers (veelal buitenlandse mensen), onverzekerden en mensen die eerder dan gepland uit het ziekenhuis komen.

De vierde vraagstelling was: "Op welke wijze wordt de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen bevorderd en

bewaakt door kraamzorgaanbieders en de opleidingen zelf?” Ook hier was voor dit deel-onderzoek een vraag aan toegevoegd, namelijk: “ In hoeverre heeft men te maken met leerlingen en afgestudeerden van één van de verkorte opleidingen?” Bovendien is de oorspronkelijke vraagstelling als volgt geherformuleerd: “Hoe beoordelen verloskundigen de kwaliteit van de begeleiding en het handelen van cursisten en afgestudeerden van verkorte kraamzorgopleidingen?” Gebleken is dat de meeste verloskundige praktijken te maken hebben met leerlingen en/of afgestudeerden van één van beide of van allebei de verkorte opleidingen. De ervaringen van de verloskundigen met deze leerlingen en afgestudeerden is zowel positief als negatief. In positieve zin wordt genoemd dat ze vaak gemotiveerder en praktijkgerichter zijn dan leerlingen van de onverkorte opleiding, omdat ze vaak al wat ouder zijn en bewust voor dit vak hebben gekozen. In negatieve zin wordt genoemd dat ze vaak minder deskundig zijn, minder theoretische kennis hebben en weinig bevallingen hebben gezien, wat er toe leidt dat ze onzekerder zijn en minder inzicht hebben. De begeleiding vanuit het kraamcentrum (of de opleiding) wordt over het algemeen voldoende genoemd, 15 van de 51 verloskundigen zijn echter van mening dat die (voor een deel van de leerlingen/pas-afgestudeerden) onvoldoende is.



## LITERATUUR

- BORST-EILERS, E. Brief aan de Hoofdinspecteur voor de Curatieve Somatische Gezondheidszorg. Onderwerp: kraamzorg. Den Haag, 28 september 1999
- BORST-EILERS, E. Brief aan de Hoofdinspecteur voor de Curatieve Somatische Gezondheidszorg. Onderwerp: kraamzorg. Den Haag, 5 november 1999
- BORST-EILERS, E. Brief aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onderwerp: kraamzorg. den Haag, 10 november 1999
- CBS (2000) Maandcijfers levendgeborenen. Mndstat bevolking 2000/8. Heerlen/Voorburg, CBS
- EL FAKIRI F, KULU GLASGOW I, WEIDE MG, FOETS M. Kraamzorg in allochtone gezinnen. Maarssen/Utrecht: Elsevier-De Tijdstroom/LCVV, 1999a
- EL FAKIRI F, HUTTEN JBF, KERKSTRA A. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders. Utrecht: Nivel 1999b
- INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. Staat van de gezondheidszorg 1997. Rijswijk: IGZ, 1997
- INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. Algemeen Toezichtsinstrument Kraamzorg. Versie maart 2000. Interne nota. Den Haag: IGZ
- HINGSTMAN L, Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2000. Utrecht, Nivel, 2000
- KERSTENS L, HURK R VAN DEN, BAL J. Evaluatie verkorte opleiding tot kraamverzorgende. Leiden: Research voor Beleid, 2000
- LANDELIJKE VERENIGING VOORTHUZZORG / LANDELIJK CENTRUM KRAAMZORG / BRANCHEBELANG THUZZORG NEDERLAND / KONINKLIJKE NEDERLANDSE ORGANISATIE VAN VERLOSKUNDIGEN / STING / ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND. BasisKwaliteitseisen Kraamzorg. Bunnik: LVT, december 1999
- MOORSEL M VAN, OEIJ P, SPAPENS T. Tarieven en werkdruk in de kraamzorg. Tilburg: IVA Tilburg, 1999
- MUISWINKEL LF VAN, BERGEN JFM, GRINTEN TED VAN DER, KONNEN EE, SCHUT FT. (2000) Gezondheidszorg in Tel 2001, editie 8. Utrecht, Prismant
- NIVEL. Vragenlijst Kwaliteit en Toegankelijkheid van de Kraamzorg. Beleid van Kraamcentra. Utrecht: NIVEL, 1998
- STAATSBLAD no. 80. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1996
- WIEGERS TA, CALSBEEK H, HINGSTMAN L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1999
- WIEGERS TA. Home or hospital birth. A prospective study of midwifery care in the Netherlands. Utrecht: Nivel, 1997



## **BIJLAGE 1**

### **BESCHIKBAARHEID KWALITEITSNORMEN KRAAMCENTRA**

**bijlage bij hoofdstuk 3, deel A: Kraamcentra**





## Informatieverstrekking, aanmelding en intake

Tabel A1 Kraamcentra naar schriftelijke informatie voor cliënten

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	43	98	18	100	25	92	86	97
Wordt aan gewerkt	1	2	-	-	1	4	2	2
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A2 Kraamcentra naar schriftelijke informatie voor allochtone cliënten

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	18	41	3	17	7	26	28	32
Wordt aan gewerkt	8	18	4	22	3	11	15	17
Moet nog ontwikkeld worden	15	34	10	55	9	33	34	38
Onbekend	3	7	1	6	8	30	12	13
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A3 Kraamcentra naar procedures voor het verwerken van aanmeldingen

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	41	93	15	83	26	96	82	92
Wordt aan gewerkt	3	7	3	17	-	-	6	7
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A4 Kraamcentra naar procedures voor het verzorgen van intakes

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	42	96	15	83	25	93	82	92
Wordt aan gewerkt	2	4	3	17	2	7	7	8
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A5 Kraamcentra naar zorgovereenkomst, inclusief leveringsvoorwaarden

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	28	64	13	72	22	82	63	71
Wordt aan gewerkt	13	30	5	28	2	7	20	22
Moet nog ontwikkeld worden	3	6	-	-	3	11	6	7
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Uitvoering van de zorg

Tabel A6 Kraamcentra naar systematische deskundigheidsbevordering van medewerkers

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	34	77	9	50	14	52	57	64
Wordt aan gewerkt	8	18	6	33	6	22	20	23
Moet nog ontwikkeld worden	2	5	3	17	6	22	11	12
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A7 Kraamcentra naar richtlijnen voor werving en selectie van personeel

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	40	91	9	50	15	56	64	72
Wordt aan gewerkt	4	9	6	33	5	19	15	17
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	3	17	5	19	8	9
Onbekend	-	-	-	-	2	6	2	2
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A8 Kraamcentra naar procedures voor het inwerken van nieuw (onervaren) personeel

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	42	96	13	72	18	67	73	82
Wordt aan gewerkt	2	4	3	17	1	4	6	7
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	2	11	5	19	7	8
Onbekend	-	-	-	-	3	11	3	3
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A9 Kraamcentra naar richtlijnen voor begeleiding van leerlingen en stagiaires

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	40	91	13	72	20	74	73	81
Wordt aan gewerkt	4	9	4	22	-	-	8	9
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	1	6	3	11	4	5
Onbekend	-	-	-	-	4	15	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A10 Kraamcentra naar standaarden en protocollen voor professioneel handelen

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	38	86	11	61	20	74	69	77
Wordt aan gewerkt	4	9	7	39	5	19	16	18
Moet nog ontwikkeld worden	2	5	-	-	2	7	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A11 Kraamcentra naar individuele zorgplannen

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	43	98	17	94	24	89	84	95
Wordt aan gewerkt	1	2	-	-	1	4	2	2
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	-	-	2	7	2	2
Onbekend	-	-	1	6	-	-	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A12 Kraamcentra naar procedures voor systematische werkbegeleiding

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	38	87	6	33	15	57	59	66
Wordt aan gewerkt	5	11	9	50	3	11	17	19
Moet nog ontwikkeld worden	1	2	2	11	7	26	10	11
Onbekend	-	-	1	6	2	7	3	4
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A13 Kraamcentra naar procedures voor bijstellen van zorgafspraken

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	31	70	8	44	21	78	60	67
Wordt aan gewerkt	9	21	8	44	-	-	17	19
Moet nog ontwikkeld worden	4	9	2	11	6	22	12	14
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A14 Kraamcentra naar richtlijnen voor tussentijdse evaluatie van de zorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	37	84	15	83	24	89	76	85
Wordt aan gewerkt	5	11	2	11	-	-	7	8
Moet nog ontwikkeld worden	2	5	1	6	3	11	6	7
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A15 Kraamcentra naar privacy-reglement

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	39	89	10	56	15	55	64	72
Wordt aangewerkt	4	9	7	39	6	22	17	19
Moet nog ontwikkeld worden	1	2	1	6	5	19	7	8
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A16 Kraamcentra naar klachtenprocedures

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	40	91	16	89	20	74	76	85
Wordt aangewerkt	4	9	2	11	2	7	8	9
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	-	-	4	15	4	5
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Zorgafsluiting en -evaluatie

Tabel A17 Kraamcentra naar procedure voor afsluiting van de zorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	37	84	15	84	24	89	76	85
Wordt aan gewerkt	4	9	1	5	-	-	5	6
Moet nog ontwikkeld worden	3	7	2	11	3	11	8	9
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A18 Kraamcentra naar procedure voor afsluitende evaluatie van de zorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	39	88	16	88	27	100	82	91
Wordt aan gewerkt	3	7	1	6	-	-	4	5
Moet nog ontwikkeld worden	2	5	1	6	-	-	3	4
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen

Tabel A19 Kraamcentra naar schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	29	66	7	39	6	22	42	47
Wordt aan gewerkt	13	29	10	56	10	37	33	37
Moet nog ontwikkeld worden	2	5	1	6	10	37	13	15
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A20 Kraamcentra naar procedure voor evaluatie van het kwaliteitsbeleid

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	23	52	3	17	6	22	32	36
Wordt aan gewerkt	17	39	10	56	12	44	39	44
Moet nog ontwikkeld worden	4	9	5	27	8	30	17	19
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A21 Kraamcentra naar kwaliteitssysteem voor uitvoering, bewaking, evaluatie en bijstelling van het beleid

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is al in werking	23	52	7	38	7	26	37	42
Is ontwikkeld, nog niet in werking	2	5	1	6	3	11	6	7
Wordt aan gewerkt	15	34	9	50	6	22	30	33
Moet nog ontwikkeld worden	4	9	1	6	10	37	15	17
Onbekend	-	-	-	-	1	4	1	1
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A22 Kraamcentra naar schriftelijke vastlegging van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	41	93	11	61	17	63	69	78
Wordt aan gewerkt	1	2	6	33	3	11	10	11
Nee	2	5	1	6	7	26	10	11
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A23 Kraamcentra naar registratiesysteem voor kwaliteits- en kwantiteitsbewaking van de geleverde zorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	25	57	10	55	18	67	53	60
Wordt aan gewerkt	12	27	7	39	2	7	21	24
Moet nog ontwikkeld worden	7	16	1	6	4	15	12	13
Onbekend	-	-	-	-	3	1	3	3
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Afspraken met zorgverzekeraars

Tabel A24 Kraamcentra naar afspraken over aard en omvang van de te leveren zorg

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	41	93	17	94	19	70	77	86
Wordt aan gewerkt	3	7	1	6	1	4	5	6
Moet nog ontwikkeld worden	-	-	-	-	3	11	3	3
Onbekend	-	-	-	-	4	15	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A25 Kraamcentra naar afspraken over extra zorg en zorg in bijzondere omstandigheden

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zijn beschikbaar	41	93	17	94	19	70	77	86
Wordt aan gewerkt	3	7	-	-	1	4	4	5
Moeten nog gemaakt worden	-	-	1	6	4	15	5	6
Onbekend	-	-	-	-	3	11	3	3
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

## Ketenkwaliteit

Tabel A26 Kraamcentra naar afstemmingsbeleid ten aanzien van andere zorgaanbieders

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Is beschikbaar	29	66	3	17	11	41	43	48
Wordt aan gewerkt	8	18	5	27	5	19	18	20
Moet nog ontwikkeld worden	7	16	9	50	8	29	24	27
Onbekend	-	-	1	6	3	11	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A27 Kraamcentra naar protocollen en werkinstructies ten aanzien van afstemming met andere zorgverleners

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zijn beschikbaar	25	57	2	11	9	33	36	41
Wordt aan gewerkt	10	23	7	39	6	23	23	26
Moeten nog ontwikkeld worden	9	20	8	44	9	33	6	28
Onbekend	-	-	1	6	3	11	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Tabel A28 Kraamcentra naar richtlijnen voor informatie en overdracht aan andere zorgverleners

	LVT		BTN		Overigen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zijn beschikbaar	37	84	11	61	17	63	65	73
Wordt aan gewerkt	3	7	4	22	3	11	10	11
Moeten nog ontwikkeld worden	4	9	3	17	3	11	10	11
Onbekend	-	-	-	-	4	15	4	5
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>





## **BIJLAGE 2**

### **OMVANG, FUNCTIE, KWALITEITSNORMEN EN AFSPRAKEN CALLCENTRA**

**bijlage bij deel B: Callcentra**



Tabel B1: Omvang en functie callcentra

	Callcentrum							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Omvang:</b>								
aantal inschrijvingen 1999 (bij benadering)	329	1500	6500	30000	2035	*	*	+
aantal mensen werkzaam	3	4	6	50	4	4	4	65
waarvan kraamverzorgenden	0	0	5	3	1	3	0	3
aantal zorgverzekeraars waarmee afspraken zijn	1	5	4	7	1	1	1	#
aantal kraamcentra waarmee afspraken zijn	1	5	6	45	3	6	6	#
<b>Functie:</b>								
inschrijven aanvraag na melding kraamcentrum	-	-	-	x	-	x	-	-
inschrijven aanvraag na aanmelding cliënt	x	x	x	x	x	x	x	x
informerende van toekomstige kraamvrouw								
over kraamzorgmogelijkheden	x	x	-	x	x	x	x	x
indicatiestelling voorbezoek	-	x	x	-	-	-	-	-
indicatiestelling zorgaanbod	-	x	x	-	-	-	-	-
vastleggen van zorgafspraken	x	x	-	-	x	-	-	-
regelen van de zorggarantie	x	x	x	x	x	-	x	-
administratieve afhandeling van geleverde zorg	-	x	-	x	x	-	-	-
* = deze callcentra zijn pas in 2000 begonnen								
+ = geen opgave gedaan, verwijst naar samenwerkingspartner								
# = contracten lopen via callcentrum waarmee wordt samengewerkt								
x = is functie van het callcentrum								
- = is geen functie van het callcentrum								

Tabel B2: Stand van zaken ten aanzien van normen BasisKwaliteitseisen

	Callcentrum							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>BasisKwaliteitseisen:</b>								
<b>Informatieverstrekking, aanmelding en intake:</b>								
schriftelijke informatie voor cliënten	x	x	nvt	x	x	nvt	x	nvt
schriftelijke informatie voor allochtone cl.	x	-	nvt	0	nvt	nvt	0	nvt
procedure verwerken aanmeldingen	x	x	x	x	x	x	x	x
procedure indicatiestelling voorbezoek	nvt	x	x	nvt	nvt	nvt	-	nvt
procedure indicatiestelling zorgaanbod	nvt	x	x	nvt	nvt	nvt	-	nvt
zorgovereenkomst	x	x	x	nvt	x	nvt	-	nvt
<b>Uitvoering van zorg:</b>								
privacy-reglement	x	x	x	x	x	nvt	x	nvt
klachtenprocedure	x	x	x	x	x	nvt	x	nvt
<b>Kwaliteitsbeleid:</b>								
schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid	-	x	x	0	x	nvt	0	x
procedure voor evaluatie kw.beleid	-	x	x	0	x	nvt	-	x
<b>Kwaliteitssystemen:</b>								
voor uitvoering, bewaking en evaluatie	0	x	0	0	x	nvt	0	x
taken, bevoegdheden medewerkers	x	x	0	x	x	nvt	x	x
registratiesysteem	0	x	x	nvt	x	nvt	0	nvt
<b>Afspraken met zorgverzekeraars:</b>								
over aard en omvang zorgaanbod	nvt	x	x	x	x	nvt	x	x
over extra zorg en bijzondere omst.	nvt	x	x	x	x	nvt	x	x
<b>Afspraken met kraamzorgaanbieders:</b>								
over kwaliteit van zorg	x	x	x	x	x	nvt	nvt	x
over aard en omvang zorgaanbod	x	x	x	x	x	nvt	nvt	x
over extra zorg en bijzondere omst.	0	x	x	x	x	nvt	nvt	x

x = is beschikbaar

0 = wordt aan gewerkt of moet nog ontwikkeld worden

nvt = niet van toepassing

- = niet ingevuld

Tabel B3: Afspraken van callcentra met zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders en opvatting over taakverdeling

	Callcentrum							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Afspraken met zorgverzekeraars:								
aantal zorgverzekeraars waarmee afspraken zijn	1	5	4	7	1	1	1	#
afspraken over:								
(met één of meer verzekeraars)								
aantal indicatiestellingen voorbezoek	x	0	0	0	-	-	-	nvt
aantal indicatiestellingen zorgaanbod	x	0	0	x	-	-	-	nvt
verzorgingsduur per kraamperiode	x	x	x	x	-	-	-	nvt
kwaliteitseisen voor de kraamzorg	x	x	x	x	x	x	-	nvt
Afspraken met kraamzorgaanbieders:								
aantal kraamcentra waarmee afspraken zijn	1	5	6	45	3	6	6	#
afspraken over:								
informatie verstrekken	x	x	x	x	x	x	x	nvt
zorgaanbod formuleren	0	x	x	0	x	x	0	nvt
zorgafspraken maken	x	x	x	0	x	x	0	nvt
zorggarantie bieden	x	x	x	x	x	x	0	nvt
Taakverdeling:								
Informatie verstrekken	b	b	k	b	c	b	c	b
Zorgaanbod formuleren	c	b	k	k	c	k	k	b
Zorgafspraken maken	k	b	c	b	k	k	k	b
Zorggarantie bieden	b	b	b	b	c	k	b	b

# = contracten lopen via callcentrum waarmee wordt samengewerkt

x = wel afspraak

0 = geen afspraak

nvt = niet van toepassing

- = niet ingevuld

k = taak kraamcentrum

c = taak callcentrum

b = taak beide

Tabel B4: Knelpunten op dit moment en op de (middel)lange termijn

	Callcentrum							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Knelpunten op dit moment								
De kwaliteit van de geleverde kraamzorg	0	0	x	x	0	0	-	-
Beschikbaarheid personeel bij kraamcentrum	x	x	x	x	x	0	x	x
Beschikbaarheid personeel bij callcentra	0	0	0	0	0	0	0	0
Samenwerking met kraamzorgaanbieders	0	0	0	x	0	0	0	0
Knelpunten op de (middel)lange termijn								
De kwaliteit van de geleverde kraamzorg	x	x	x	x	0	0	0	-
Beschikbaarheid personeel bij kraamcentra	x	x	x	x	x	0	x	x
Beschikbaarheid personeel bij callcentra	0	0	0	0	0	0	0	0
Samenwerking met kraamzorgaanbieders	0	0	0	0	0	0	0	0

x = wel knelpunt

0 = geen knelpunt

- = niet ingevuld

Enkele Nivel-rapporten over verwante onderwerpen:

**Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders**

**Auteurs: F.El Fakiri, J.B.F.Hutten, A.Kerkstra**

**Utrecht: Nivel, 1999. 54 pag., fl 12,50**

Dit onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), had tot doel om inzicht te krijgen in het beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Meer specifiek werd beoogd een beeld te krijgen van de aard en inhoud van de contracten welke zorgverzekeraars met kraamzorgaanbieders afsluiten en de activiteiten die deze instanties ondernemen om de kwaliteit en toegankelijkheid te bevorderen of te bewaken. De door beide partijen meest frequent genoemde kwaliteitsafspraken betreffen afspraken omtrent beschikbaarheid, bereikbaarheid, continuïteit van zorg en verzorgings-duur. Op grond van dit onderzoek kunnen geen conclusies getrokken worden ten aanzien van de feitelijke kwaliteit van de geleverde kraamzorg.

**Knelpunten in de verloskundige zorgverlening; een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelijns**

**Auteurs: T.Wiegers, L.Hingstman**

**Utrecht: Nivel. 1999, 75 pag., fl 15,50**

Inventariserend onderzoek naar de knelpunten in de verloskundige zorgverlening, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Aanleiding hiervoor was de noodkreet van de KNOV over het dreigend tekort aan verloskundigen, waardoor het unieke Nederlandse systeem in gevaar komt. Door middel van interviews bij zelfstandig gevestigde verloskundigen, wisselend waarnemers en pas-afgestudeerde verloskundigen is een inventarisatie gemaakt van ervaren problemen op het personele vlak, het organisatorische vlak, het uitvoerende vlak, het financiële vlak en het persoonlijke vlak. Gebleken is dat problemen op het ene vlak, zoals het niet kunnen vinden van een waarnemer of opvolger, consequenties hebben op een of meer andere vlakken, waardoor veel verloskundigen in een vicieuze cirkel terecht dreigen te komen, die ze zelf niet kunnen doorbreken. Het gevolg is dat men veel meer uren moet werken dan men eigenlijk wil, dat de balans tussen werk en privé verstoord raakt en dat men onvoldoende toekomt aan het invoeren van mogelijk werkbesparende activiteiten, zoals automatisering.

