

SAMENVATTING MONITOR KRAAMZORG

De werking van het landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg in de praktijk

behorend bij nieuwsbrief 9, november 2007

1 INLEIDING

Het rapport Monitor Kraamzorg geeft de resultaten weer van het onderzoek dat is gehouden in de periode 18 april 2007 tot 15 juni 2007. Dit onderzoek is verricht in opdracht van de stuurgroep van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Het Landelijk Indicatieprotocol (LIP) is in 2004/2005 ontwikkeld - samen met experts uit de praktijk - en daarna door middel van een pilot¹ in de periode september 2005 tot mei 2006 in de praktijk getest.

De doelstelling van het LIP is: de vraag van de cliënt in kaart brengen en zorg inzetten die aansluit bij de situatie van de cliënt. In veel situaties zal daarbij een basispakket LIP passende zorg bieden en in de situaties waarin dat nodig is kan kraamzorg op maat worden geboden. De resultaten uit de pilotperiode en de ervaringen van kraamzorgorganisaties, verloskundigen en verzekeraars die naar voren zijn gebracht in de vier regiobijeenkomsten in juni 2006 zijn gebundeld en besproken met de leden van de expertwerkgroep². Op basis daarvan is het LIP inhoudelijk verder aangescherpt. Deze tweede versie van het LIP is in de stuurgroep vastgesteld en in oktober 2006 beschikbaar gekomen voor het veld. Vanaf 2007 werken alle partijen met het LIP. Het inhoudelijk kader voor de partusassistentie is per 1 januari 2007 ingevoerd.

Om de werking van het protocol verder aan te scherpen en een continue verbetering op gang te brengen is een monitor ontwikkeld. De monitor geeft zicht op de bruikbaarheid van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg in de praktijk.

Het voornaamste doel van de monitor is dan ook:

Het volgen van de werking van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg in de praktijk, zodat waar nodig tot aanpassing kan worden gekomen³.

In de monitor is ook het inhoudelijk kader voor de partusassistentie op de inhoudelijke bruikbaarheid getoetst.

De stuurgroep heeft de expertwerkgroep verzocht om de Monitor Kraamzorg voor te bereiden, uit te werken en de resultaten te beoordelen en van conclusies/aanbevelingen te voorzien. Om een totaal beeld te krijgen is bij alle betrokkenen in de kraamzorgperiode een vragenlijst uitgezet, te weten bij verloskundigen, kraamverzorgenden, intakers en bijstellers van kraamzorg, zorgverzekeraars en kraamvrouwen. Het onderzoek is landelijk opgezet. De uitkomst is in dit rapport beschreven en geeft waarnodig aanbevelingen voor een verbetering van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

CVZ was bereid voor de pilotfase en de monitorfase een subsidie beschikbaar te stellen, die het mogelijk heeft gemaakt de toets in de praktijk daadwerkelijk vorm te geven.

¹ De pilot is gehouden van september 2005 tot mei 2006 in de regio Rotterdam bij Kraamzorg Rotterdam en de regio Zuid Hollandse Eilanden bij Kraamzorg De Waarden.

² De expertwerkgroep bestaat uit een vertegenwoordiging van kraamzorgorganisaties (verzorgenden en management), verloskundigen, lactatiekundigen en verzekeraars.

2 ONDERZOEKSVRAGEN

De monitor spitst zich toe op het

- evalueren van het instrument;
- en het proces van herindicieren en samenwerken tijdens de kraamzorg periode.

Instrumentevaluatie

1. **Is het landelijk indicatieprotocol als instrument hanteerbaar; geeft het protocol voldoende handvatten aan de betrokkenen;**
 - a. Biedt het wegingskader voldoende handvatten om zicht te krijgen op de zorgbehoefte van de cliënt/verzekerde?
 - b. Biedt het wegingskader voldoende handvatten om de zorgbehoefte te vertalen in aard en omvang van kraamzorg?
 - c. Is de formulering en omschrijving van de meer-/minderfactoren voldoende duidelijk?
 - d. Voldoen de geformuleerde meer-/minderfactoren?
2. **Is het resultaat van de indicatie volgens het protocol passend in de betreffende situatie;**
 - a. Past de aard en de omvang van de kraamzorg zoals vastgesteld tijdens de intake volgens het indicatieprotocol bij de kraamsituaties waarvoor ze bedoeld is?
 - b. Past de aard en de omvang van de kraamzorg na herindicatie bij de kraamsituaties waarvoor ze is bedoeld?

Procesevaluatie

1. **Ondersteunt het indicatieprotocol de intaker om de cliënt duidelijk te maken wat haar situatie betekent voor de inzet van de kraamzorg?**
2. **Draagt het indicatieprotocol bij aan de samenwerking tussen de verloskundige, kraamzorgaanbieder en kraamverzorgenden?**
3. **Is voor de betrokken partijen ieders verantwoordelijkheid bij de herindicatie duidelijk?**

Voor de beroepsbeoefenaren en de kraamvrouwen is het Inhoudelijk Kader Partusassistentie tevens meegenomen in de monitor.

3 HET RAPPORT MONITOR KRAAMZORG

Het volledige rapport is te downloaden van de site www.kraamzorg.saysay.nl. In deze samenvatting volstaan we met de indeling van de hoofdstukopbouw en de presentatie van de conclusies en de aanbeveling.

3.1 OVERZICHT DEELNEMERS ONDERZOEK

De medewerkers van zorgverzekeraars, intakers, bijstellers van kraamzorg, kraamverzorgenden en verloskundigen zijn via hun brancheorganisatie benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. In onderstaande tabel is aangegeven hoeveel enquêtes zijn uitgezet en hoeveel ingevuld zijn terug ontvangen.

De verloskundigen uit de regio's, die hebben deelgenomen aan het onderzoek, hebben de vragenlijsten uitgereikt aan de kraamvrouwen, die in de onderzoeksperiode kraamzorg hebben ontvangen.

Aantal enquêtes voor	Uitgezet	Respons	Respons %
Zorgverzekeraars	36	26	72%
Intakers	88	33	37,7%
Bijstellers	98	38	38,8%
Kraamverzorgenden	942	289	30,7%
Verloskundigen	249	165	66%
Kraamvrouwen	5000	1071	21,4 %

3.2 OPBOUW RAPPORT

In het volledige rapport is een uitwerking gegeven aan:

- De methodologische verantwoording van het onderzoek, dit is behandeld in hoofdstuk 2. Concreet gaat het om de beschrijving van de onderzoeksmethode en de opzet van het onderzoek.
- In de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. De vragenlijst van de zorgverzekeraars is behandeld in hoofdstuk 3. De resultaten van de enquêtes onder de intakers en bijstellers zijn samen behandeld in hoofdstuk 4. Daarna zijn, in hoofdstuk 5, de resultaten van de kraamverzorgenden en de verloskundigen behandeld. De kraamvrouwen komen als laatste aan bod in hoofdstuk 6. De resultaten van de vragenlijst van de kraamvrouwen is als laatste behandeld als toets ten opzichte van de andere vragenlijsten.
- In het rapport zijn opvallende tabellen in de tekst opgenomen, daar waar die de lezer de nodige achtergrond informatie verschaffen. Tevens kunnen deze tabellen als illustratie dienen bij de analyse.
- In hoofdstuk 7 zijn aan de hand van de onderzoeksvragen de belangrijkste conclusies getrokken en implicaties beschreven.
- Tot slot zijn in hoofdstuk 8 de aanbevelingen beschreven.

4 CONCLUSIES

In onderstaande paragrafen zijn aan de hand van de onderzoeksvragen de belangrijkste conclusies en implicaties weergegeven. De belangrijkste conclusies uit de vragenlijsten van de professionals en de kraamvrouwen worden weergegeven en vervolgens wordt aan de hand van deze resultaten aan het einde van elke paragraaf een conclusie/antwoord op de vraagstelling weergegeven. Voor de volledigheid melden we hier nogmaals dat de uitkomsten van de zorgverzekeraars en de intakers en bijstellers geen representatief beeld geeft van de betreffende groep.

4.1 INSTRUMENTEVALUATIE

4.1.1 IS HET LANDELIJK INDICATIEPROTOCOL ALS INSTRUMENT HANTEERBAAR; GEEFT HET PROTOCOL VOLDOENDE HANDVATTEN?

Zorgverzekeraars

- *Medewerkers van zorgverzekeraars* geven aan goed met het protocol te kunnen werken.

Intakers en Bijstellers

- *Intakers* en *bijstellers* zijn voldoende toegerust. *Intakers* (88%) en *bijstellers* (86%) vinden dat er voldoende handvatten zijn voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte. Daarnaast geven *intakers* (97%) en *bijstellers* (97%) aan op de hoogte te zijn van waar de meer-/minderfactoren voor zijn bedoeld.
- Ongeveer 80% van de *intakers* en 83% van de *bijstellers* geven aan dat in het LIP voor de veelvoorkomende situaties passende meer-/minderfactoren zijn opgenomen.
- Een grote groep *intakers* vindt dat zij in staat zijn tijdens de intake een vertaling te maken van de zorgbehoefte naar aard en omvang van de kraamzorg.

"Het protocol is een gemakkelijk handvat om de uren van de zorg te bepalen."

Intaker

- *Intakers* (70%) geven aan dat, indien nodig, zij in staat zijn andere disciplines in te schakelen, echter ruim 30% geeft aan dit niet te kunnen. Een aanzienlijk deel (35%) van de *intakers* geeft aan dat het protocol niet voldoende handvatten biedt voor overleg met de huisarts. Indien nodig geven de *intakers* aan in de meeste gevallen overigens wel andere disciplines in te schakelen.
- *Bijstellers* (92%) geven aan, bij het nemen van een beslissing om tot het vaststellen van kraamzorg op maat te komen, gebruik te maken van de informatie van de verloskundige en kraamverzorgende. Op die manier is sprake van een inhoudelijk goede onderbouwing voor het bijstellen van kraamzorg.

Kraamverzorgenden en Verloskundigen

- *Kraamverzorgenden* zijn allen werkzaam bij organisaties die met het indicatieprotocol werken.
- De *kraamverzorgenden* nemen de activiteiten die zij uitvoeren met de kraamvrouw door.
- De *kraamverzorgenden* kennen de meer-/minderfactoren en weten waarvoor die zijn bedoeld en voelen zich allen voldoende toegerust om met het LIP te werken.

Een ruime meerderheid van 88% geeft aan dat voor de veel voorkomende situaties passende meer-/minderfactoren zijn opgenomen

"...Zelf moet ik ook melden dat ik het werk ook steeds leuker vind. Je bent veel meer bezig met de kern van je beroep, en over het algemeen ook lekker bezig ...
Dit is absoluut beter."
Kraamverzorgende

- *Verloskundigen* (55%) voelen zich - in vergelijking met de medewerkers van de kraamzorgorganisaties - minder goed toegerust in het werken met het LIP en weten minder goed hoe het protocol gebruikt kan worden om de zorgbehoefte in kaart te brengen, waar meer-/minderfactoren voor bedoeld zijn en weten minder goed welke activiteiten onder mantelzorg vallen.
- Ongeveer 80% van de *verloskundigen* geeft aan dat voor de veel voorkomende situaties passende meer-/minderfactoren zijn opgenomen in het LIP.
- Bijna 20% van de *verloskundigen* geeft aan niet of slechts gedeeltelijk geïnformeerd te zijn over de wijze waarop de *verloskundige* met het protocol dient te werken.

Conclusie: Is het landelijk indicatieprotocol als instrument hanteerbaar; geeft het protocol voldoende handvatten?

De professionals - met uitzondering van de *verloskundigen*, die onvoldoende zijn toegerust - geven aan dat het LIP als instrument hanteerbaar is. Het wegingskader biedt voldoende handvatten om de zorgbehoefte van de cliënt/verzekerde in kaart te brengen en te vertalen naar een indicatie. Het kennisniveau over de werking van het LIP is bij deze groepen professionals voldoende. Zij zijn goed geïnformeerd over welke activiteiten wel en niet worden uitgevoerd in de kraamperiode en zij weten in voldoende mate waar de meer-/minderfactoren voor zijn bedoeld om goed te kunnen indiceren of bij te stellen of een signaal voor bijstelling af te geven. De mate waarin de *verloskundigen* geïnformeerd zijn over het LIP is positief gerelateerd aan de mate waarin de professional zich toegerust voelt om met het LIP te werken. Deze positieve relatie bestaat ook voor de mate waarin de *verloskundige* op de hoogte is van waar de meer-/minderfactoren voor zijn bedoeld. Dit betekent tevens dat de *verloskundigen* die niet goed zijn geïnformeerd zich niet voldoende toegerust voelen om met het LIP te werken.

Alle professionals zijn zeer goed op de hoogte van hun rol en verantwoordelijkheden bij herindicatie.

De meer-/minderfactoren lijken te voldoen. Een ruime meerderheid van alle professionals geven aan dat de meer-/minderfactoren zijn benoemd voor de veel voorkomende situaties met als nuanceverschil dat *kraamverzorgenden* hier het meest positief over zijn in vergelijking tot de *verloskundigen*, de *bijstellers* en de *intakers*.

Het protocol is als instrument goed hanteerbaar, onder voorwaarde dat de professional is geïnformeerd en getraind in het gebruik van het LIP.

4.1.2 IS HET RESULTAAT VAN DE INDICATIE VOLGENS HET PROTOCOL PASSEND BIJ DE SITUATIE?

Intakers en Bijstellers

- Opmerkelijk is dat een groot deel van de *intakers* (ruim 40%) de indicatie - als uitkomst van het hanteren van het protocol - niet passend vindt voor de situatie waarvoor het bedoeld is, terwijl overigens alle *intakers* zich toegerust voelen om met het protocol te werken.

Zij zijn in staat de situatie van de cliënt en de zorgbehoefte in te schatten, echter vinden de vertaling naar omvang (uren en dagen) op basis van het protocol niet goed.

"Indicatiestelling op zich gaat goed, maar wat ik mis is dat je mensen de eerste drie dagen niet voldoende rust kunt voorhouden. Rust en stabiliteit opdat de kraamvrouw de eerste kennismaking met de baby "goed kan doen". Een gezonde basis voor een goede toekomst samen. Mijn inziens moet het mogelijk zijn de eerste drie dagen 8 uur zorg te leveren en daarna over te gaan tot gemiddeld 5,5 uur."

Intaker

Kraamverzorgenden en Verloskundigen

- 36,7% van de *kraamverzorgenden* geeft aan dat zij het niet eens zijn met de stelling dat de geïndiceerde kraamzorg passend is bij de situatie waarvoor de indicatie is bedoeld. Zij kunnen overweg met het protocol, het biedt voldoende handvatten om met de verloskundige in gesprek te gaan, de genoemde meer-/minderfactoren sluiten aan bij de situaties die zij tegen komen. Bij de analyse van de opmerkingen kan zodoende worden afgeleid dat zij de vertaling naar omvang op basis van het protocol niet goed vinden.

"Het indicatieprotocol is erg scherp afgesteld. De uren zijn zodanig gekort dat er in het gezin weinig rust heerst en de begeleiding bij voedingsmomenten erg beperkt zijn. Dit komt de zorg niet ten goede. Vooral in de eerste dagen zouden er meer uren gegeven moeten worden. Als de start goed is gaat het gezin met veel meer zelfvertrouwen de toekomst in."

Kraamverzorgende

- 45% van de *verloskundigen* geeft aan de geïndiceerde kraamzorg niet passend te vinden bij de situatie waarvoor de indicatie bedoeld is. Zij geven in de reacties aan dat het aantal uur (= omvang) niet toereikend is, met name voor de zorg rondom de borstvoeding, als er meerdere kinderen in een gezin zijn en als mantelzorg beperkt of niet aanwezig is.
- De *verloskundigen* (42%) vinden specifiek de vertaling van de indicatie naar de omvang op basis van het protocol niet goed.
- Een deel van de bovenstaande conclusies is te verklaren door het feit dat een deel van de *verloskundigen* zich niet toegerust voelt om met het LIP te werken en aangeeft dat de geïndiceerde kraamzorg niet passend is voor de situatie waarvoor ze is bedoeld. Echter, 34% van de *verloskundigen* die zich toegerust voelen om met het protocol te werken, vindt de geïndiceerde kraamzorg ook niet passend bij de situatie waarvoor de indicatie is bedoeld.

"Ik vind het goed dat door de invoering van het indicatieprotocol meer gericht het aantal uren wordt gegeven aan de kraamvrouwen, maar ik vind het jammer dat mede daardoor het aantal uren kraamzorg zo drastisch gedaald is. Door de soms erg weinige uren die de mensen krijgen vergoed heb ik soms het gevoel dat een kraambed wordt afgesloten terwijl het gezin best wat meer ondersteuning had kunnen gebruiken maar dat met name de zorgverzekeraar hier geen reden voor ziet en er dus ook geen vergoeding voor wil uittrekken."

Verloskundige

Kraamvrouwen

- De *kraamvrouwen* vinden het aantal **uren** kraamzorg dat zij ontvangen voldoende (70% van de *kraamvrouwen*). Hier valt op dat de vrouwen die al eerder kraamzorg hebben ontvangen vaker het aantal uur kraamzorg onvoldoende vinden in vergelijking met de vrouwen die niet eerder kraamzorg hebben ontvangen.
- Het aantal **dagen** kraamzorg die de *kraamvrouwen* uiteindelijk ontvangen is voor de meerderheid naar verwachting (80%) en voldoende, echter opvallend is wel dat vrouwen die een eerste kind krijgen vaker zeggen dat de verwachting die zij hadden tijdens de zwangerschap over het aantal **dagen** kraamzorg dat zij zouden ontvangen niet is uitgekomen in vergelijking met vrouwen die al eerder een kind hebben gekregen.

Het is mogelijk dat hier meespeelt dat in het spraakgebruik de kraamzorg gekoppeld is aan de zorg die thuis gegeven wordt. De meeste *kraamvrouwen* die een eerste kind krijgen bevallen in het ziekenhuis en krijgen daar de eerste dag/dagen zorg. Bij thuiskomst worden de dagen in het ziekenhuis afgetrokken van de resterende dagen kraamzorg (de dag van het ontslag niet meegerekend). In dit kader zijn hier mogelijkheden om de verwachtingen van de *kraamvrouwen*, die een eerste kind krijgen beter te managen.

Conclusie: Is het resultaat van de indicatie volgens het protocol passend bij de situatie?

De professionals geven aan dat de geïndiceerde kraamzorg in een groot aantal gevallen niet passend is voor de situatie waarvoor ze is bedoeld. Zowel de *intakers* (41,2%) als de *kraamverzorgenden* (36,7%) en de *verloskundigen* (45%) geven voor een substantieel deel aan dat de indicatie niet altijd passend is. De *kraamvrouwen* onderkennen dit wat betreft de omvang (het aantal uren kraamzorg), een groot deel (30%) vindt het aantal uur kraamzorg niet voldoende. Verdere analyse laat zien dat de mate waarin de *verloskundige* is toegerust om met het protocol te werken voor een deel van invloed is op haar oordeel over de mate waarin de indicatie passend is. Echter, de toerusting van de professional is niet de enige van invloed zijnde factor.

Het resultaat van de indicatie volgens het protocol is in een groot aantal gevallen passend voor de aard (= inhoud) van kraamzorg.

Een belangrijke minderheid van de *kraamvrouwen*, de *verloskundigen* en *kraamverzorgenden* geeft aan dat de uitkomst van de indicatie vertaald in uren te weinig is. Dit is voor een deel te wijten aan het feit dat de omvang - het aantal uren - van de indicatie niet lijkt te passen bij de situatie waarvoor ze is bedoeld.

En voor een klein deel te wijten aan de wijze van het gebruik van het LIP bij verloskundigen.

4.2 PROCES-EVALUATIE

4.2.1 ONDERSTEUNT HET PROTOCOL DE INTAKER OM DE CLIËNT DUIDELIJK TE MAKEN WAT DE SITUATIE BETEKENT VOOR DE INZET VAN KRAAMZORG?

Informatievoorziening door de zorgverzekeraars

- *Medewerkers van zorgverzekeraars* geven aan dat informatie over de toegang tot kraamzorg, middels een indicatie, op verschillende wijze wordt verspreid. Echter dit verschilt per zorgverzekeraar.

Informatievoorziening over de aard van de kraamzorg (indicatie)

- Bijna alle *intakers* zijn van mening dat na afloop van het indicatiegesprek de toekomstige kraamvrouw is geïnformeerd over welke activiteiten de kraamverzorgende zal uitvoeren. En over welke activiteiten de mantelzorgers moet uitvoeren (88% van de *intakers*).
- *Kraamvrouwen* (73%) geven aan goed op de hoogte te zijn van de activiteiten die de kraamverzorgende zal uitvoeren tijdens de kraamperiode. De overige 25% geeft aan slechts deels geïnformeerd te zijn terwijl *intakers* en *kraamverzorgenden* aangeven dat bijna alle vrouwen hiervan op de hoogte zijn. Ruim 30% van de *kraamvrouwen* geeft aan niet (17,3 %) of deels (14,8 %) te weten welke activiteiten de mantelzorgers moet uitvoeren tijdens de kraamperiode.

Informatievoorziening over de omvang van de kraamzorg (indicatie)

- *Intakers* vinden dat zij de kraamvrouwen goed informeren over het aantal **uur** (94% van de *intakers*) en het aantal **dagen** (91% van de *intakers*) dat zij kraamzorg krijgen.
- *Kraamvrouwen* ondersteunen dat voor wat betreft het aantal **uur**, wat betreft het aantal **dagen** is dat voor hen minder duidelijk 90% van de *kraamvrouwen* weet hoeveel **uur** kraamzorg zij zal ontvangen en slechts 74% van de *kraamvrouwen* weet hoeveel **dagen** kraamzorg zij zal ontvangen. Hier is een klein verschil waar te nemen tussen vrouwen die al eerder kraamzorg hebben gehad en vrouwen die nog niet eerder kraamzorg hebben gehad. Vrouwen die al eerder kraamzorg hebben ontvangen geven iets vaker aan niet te weten hoeveel **uur** en **dagen** kraamzorg zij zullen ontvangen. (Zie ook 7.1.2.)

Informatievoorziening over de bijstelling van de kraamzorg (indicatie)

- Wat betreft het bijstellen van zorg naar boven toe: de informatie die daarover door de kraamzorgorganisatie wordt gegeven komt overeen met wat de cliënt daarin ervaart. Wat betreft het bijstellen van de kraamzorg naar beneden; daarover geven *intakers* en *kraamverzorgenden* minder duidelijk informatie; *kraamvrouwen* zijn daarvan dus ook minder op de hoogte.
Wat hier mogelijk een rol speelt is het feit dat met name in de intakefase, dus bij het beoordelen van de situatie van de aanstaande kraamvrouw tijdens de zwangerschap, de meer-/minderfactoren voor wat betreft het aftrekken van **uren** meer een rol speelt dan tijdens het kraambed. De minderfactoren tijdens de kraamperiode hebben betrekking op bijzondere situaties, waarin overleg tussen *verloskundige*, *kraamverzorgende* en *kraamvrouw* echt duidelijk is.
Informatie over bijstelling van zorg, eigenlijk het realiseren van kraamzorg op maat, kan dus eenduidiger en is in het kader van management van verwachtingen van de *kraamvrouwen* relevant.
- Een ander belangrijk punt op dit vlak is dat het **verschil** tussen 'opname in het ziekenhuis' (bijvoorbeeld gedurende de eerste dagen na de bevalling) en de meer-/minderfactor bij het kind "ziekenhuisopname" in het protocol duidelijker beschreven moet worden, evenals de invloed hiervan op het aantal uur kraamzorg. In de huidige situatie leidt het niet expliciet maken hiervan tot onduidelijkheid en onnodige onvrede bij de *kraamvrouwen*.

Conclusie: Ondersteunt het protocol de intaker om de cliënt duidelijk te maken wat de situatie betekent voor de inzet van kraamzorg?

Het protocol ondersteunt de *intaker* om de cliënt te informeren over de inzet van kraamzorg. Echter gezien de verschillen tussen de informatie die de *intaker* geeft en de informatie die daadwerkelijk aankomt bij de kraamvrouw kan worden afgeleid dat de cliënt niet goed genoeg op de hoogte is van wat de inzet van kraamzorg voor hen betekent. De voorziening van informatie is aanwezig, echter de 'check' (door de professional) of de informatie goed is aangekomen is niet voldoende aanwezig.

4.2.2 DRAAGT HET PROTOCOL BIJ AAN DE SAMENWERKING TUSSEN DE VERLOSKUNDIGE, KRAAMZORGAANBIEDER EN KRAAMVERZORGENDE?

- De *verloskundigen* en de *kraamverzorgenden* overleggen met elkaar voordat de *verloskundige* een herindicatie stelt. Zij nemen contact met elkaar op indien nodig en vragen naar elkanders mening voor een eventuele herindicatie.
- Indien er sprake is van bijzonderheden die van invloed zijn op de kraamzorg wordt niet altijd contact opgenomen met de kraamzorgorganisatie om te overleggen. 15,9% van de *kraamverzorgenden* en 23% van de *verloskundigen* doet dit niet. De *kraamverzorgenden* en *verloskundigen* onderling nemen wel contact op met elkaar in het geval van bijzonderheden. Voor de *kraamverzorgende* biedt het protocol in dat opzicht voldoende handvatten, de *verloskundigen* zijn hier overigens wat minder stellig in; terwijl samenwerking tijdens het kraambed vorm krijgt door met elkaar op zoek te gaan naar mogelijkheden om de kraamzorg te laten aansluiten op de situatie van moeder en kind, waardoor kraamzorg op maat wordt bevorderd.
- De *bijstellers* van kraamzorg informeren - bij de *kraamverzorgende* en via hen naar de mening van de *verloskundige* - naar de situatie van de kraamvrouw en het kind alvorens tot bijstelling van de kraamzorg te komen.
- *Kraamvrouwen* ervaren dat er - in de meeste situaties - sprake is van een goede samenwerking tussen de verloskundige en de kraamverzorgende.

Conclusie: Draagt het protocol bij aan de samenwerking tussen de verloskundige, de kraamzorgaanbieder en de kraamverzorgende?

Het protocol draagt met name bij aan een goede samenwerking tussen de professionals (verloskundige en kraamverzorgende). De samenwerking tussen de professional en de kraamzorgorganisatie gebeurt in mindere mate.

4.2.3 IS VOOR DE BETROKKEN PARTIJEN IEDERS VERANTWOORDELIJKHEID BIJ DE HERINDICATIE DUIDELIJK?

- De taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen die betrokken zijn bij de herindicatie zijn over het algemeen duidelijk.
- Voor de *verloskundige* is de eigen rol en die van de *kraamverzorgende* het meest duidelijk en de kennis over de verantwoordelijkheden van de kraamzorgorganisatie is het minst duidelijk.

Conclusie: Is voor de betrokken partijen ieders verantwoordelijkheid bij de herindicatie duidelijk?

De taken en verantwoordelijkheden van de verloskundigen en kraamverzorgenden zijn duidelijk, echter de verantwoordelijkheden van de kraamzorgorganisatie is het minst duidelijk bij de verloskundige en de kraamverzorgende.

4.3 EVALUATIE PARTUSASSISTENTIE

- Een aanzienlijk deel van de *verloskundigen* (34%) is niet goed op de hoogte van de duur van de partusassistentie en de overgang naar reguliere kraamzorg. Voor het verlengen van de partusassistentie buiten de reguliere werktijden geeft bijna een kwart aan de meer-/minderfactoren niet te kennen en bijna een zelfde percentage geeft aan in de meer-/minderfactoren onvoldoende handvatten te vinden om afspraken te kunnen maken met de kraamverzorgde over de duur van de partusassistentie buiten de reguliere tijd.
Het lijkt erop dat de *verloskundigen* hier een informatieachterstand hebben en dat aan het inhoudelijk kader voor de partusassistentie binnen de beroepsgroep nog gericht aandacht besteed moet worden.
- Een substantieel deel van de *kraamverzorgenden* (47%) ervaren dat de meer-/minderfactoren onvoldoende handvatten bieden voor het overleg met de *verloskundige* om buiten de reguliere werktijden afspraken te maken over de duur van de partusassistentie. De meer-/minderfactoren zijn vaak medisch van aard en zijn wellicht hierom niet (zo goed) in te schatten voor de kraamverzorgende.
- Voor beide beroepsgroepen geldt dat op dit vlak - het hanteren van het inhoudelijk kader voor de partusassistentie in de praktijk - in samenwerking en afstemming nog veel winst is te behalen.
- *Kraamvrouwen* geven aan dat in bijna 84% van de bevallingen thuis de kraamverzorgende aanwezig is voor de geboorte van het kind. De beroepsbeoefenaren hebben daarover zelf een ander beeld. Een aantal kraamverzorgenden (10%) geeft aan niet aanwezig te zijn in de laatste fase van de ontsluiting, voor de uitdrijving.

33% van de *kraamverzorgenden* geeft aan dat zij soms wel en soms niet aanwezig zijn in de laatste fase van ontsluiting, voor de uitdrijving. De redenen die dat kan hebben zijn divers. De *verloskundigen* en *kraamverzorgenden* verschillen daarover van mening.

Het is van belang dat op dit vlak meer afstemming ontstaat tussen verloskundigen, kraamverzorgenden en kraamzorgorganisaties.

Algemeen: het inhoudelijk kader is nog maar kort ingevoerd. Het vraagt om een cultuuromslag, doel is verbetering van de kwaliteit van zorg bij de thuisbevalling.

Conclusie: Evaluatie partusassistentie

De implementatie van het inhoudelijk kader voor de partusassistentie vraagt van de verloskundigen nog veel aandacht wat betreft het eigen aandeel bij de partusassistentie. En een gezamenlijke inspanning van verloskundigen en kraamzorgorganisaties om de samenwerking op het gebied van de partusassistentie te optimaliseren.

5 AANBEVELINGEN

Kraamzorg is gericht op het bieden van zorg, ondersteuning, instructie en voorlichting aan de moeder, haar partner en haar kind. De kraamzorg heeft het oogmerk het bevorderen van het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw en het integreren van het kind binnen het gezin.

Als afgeleide doelstellingen zijn te noemen:

- de vroege signalering en preventie van problemen bij moeder en kind, om hen een zo goed mogelijke start te kunnen geven;
- een juiste verzorging van de pasgeborene en de voorbereiding van de moeder en de partner op deze taak⁴.

Op basis van de onderzoeksresultaten en de beoogde doelstellingen van het LIP doen wij de volgende aanbevelingen⁵:

AANBEVELING 1 TOERUSTEN VAN DE PROFESSIONALS

Uit de monitor blijkt dat een belangrijk deel van de verloskundigen niet voldoende toegerust is om met het LIP te werken. De professionals - die aangeven zich voldoende toegerust te voelen - vinden het LIP als instrument goed en goed hanteerbaar. De overigen zijn niet voldoende in staat om met het LIP het gewenste resultaat van de indicatie te behalen. Door te investeren in het toerusten van de professional kan de werking van het LIP verder geoptimaliseerd worden. Het verdient dus aanbeveling om alle professionals voldoende kennis over de inhoud van het LIP en voldoende kennis en vaardigheden mee te geven om met het LIP te werken.

Hierin dienen de ROS⁶ en de zorgverzekeraar ook hun rol te nemen: Draag zorg dat de ROSsen in het werkplan 2008 de implementatie van het inhoudelijk kader partusassistentie en het LIP opnemen en daadwerkelijk tot uitvoer brengen.

AANBEVELING 2 HEROVERWEEG HET AANTAL UUR KRAAMZORG VOOR HET BASISPAKKET LIP

Uit de monitor blijkt dat kraamvrouwen (29,6 %) en professionals (verloskundigen - 45% en kraamverzorgenden - 36,7%) vinden, dat het geïndiceerde aantal uren kraamzorg niet past bij/te weinig zijn voor de situatie van de kraamvrouw / het gezin.

Deze uitkomst, de toelichtende reacties van de kraamvrouwen en professionals gecombineerd met de kennis en ervaring vanuit de expertwerkgroep is een aanwijzing dat het aantal uur in het basispakket LIP onvoldoende is. Daarom beveelt de expertwerkgroep aan om:

1. Nu het basispakket LIP uit te bereiden met 4 uur, waarbij de uren flexibel ingezet kunnen worden.
2. Het minimumpakket kraamzorg vast te stellen op 28 uur, in plaats van de 24 uur in de huidige situatie.
3. Nader onderzoek te doen naar de invulling en de omvang van het basispakket LIP, waarbij er helderheid moet komen waarom deze groep kraamvrouwen van mening is dat het aantal uren nu ontoereikend is.

⁴ Uit: Indicatieprotocol Kraamzorg, versie 2. Een instrument voor het toekennen van kraamzorg gedurende de kraamperiode; oktober 2006. Hoofdstuk 1, 1.2 doelstelling van kraamzorg

⁵ De aanbevelingen hebben geen prioriteitsvolgorde; de aanbevelingen zijn opgebouwd aan de hand van de opbouw van de conclusies.

⁶ ROS = regionale ondersteuningsstructuur eerste lijn

De onderbouwing voor de inzet van die 4 uur is als volgt:

1. Voor een goede start van moeder en kind gedurende de eerste 4 dagen is het van belang het aantal uur kraamzorg in het basispakket LIP te verlengen, waarbij voldoende uren beschikbaar moeten blijven voor het laatste deel van het kraambed. Dat betekent dat – rekening houdend met het zwaartepunt in de eerste fase van het kraambed – gedurende de eerste 4 dagen 7 à 8 uur kraamzorg wordt geboden en met een minimum aantal uren kraamzorg in het laatste deel van het kraambed van 4 uur kraamzorg per dag.

De kraamverzorgende hoort in de gelegenheid te zijn om gedurende de eerste 4 dagen 3 voedingsmomenten per dag en gedurende de laatste dagen 2 voedingsmomenten per dag mee te maken, de kraamvrouw daarin te begeleiden en instructies te geven. Dit geldt voor zowel het geven van borstvoeding, als het geven van kunstvoeding.

De nadruk in de eerste dagen is van belang om

- de (borst)voeding goed op gang te laten komen;
- borstontsteking te voorkomen, dan wel de juiste zorg daaraan te kunnen besteden;
- ruimte te geven aan het lichamelijke herstel van de moeder;
- de rust in het kraambed te waarborgen;
- de integratie van het kind in het gezin te bevorderen.

Naar verwachting zal bij een goede start van het kraambed het aantal herindicaties in de loop van het kraambed kunnen verminderen.

2. De kraamverzorgende zal door haar langere aanwezigheid in het gezin beter in staat zijn de meer subtiele signalen op te vangen bij 'niet plus situaties'. Een grotere aanwezigheid van de kraamverzorgende in het gezin biedt de kraamverzorgende de mogelijkheid om het gezin beter te observeren en dit is een belangrijke start – naast onder andere optreden in ketenverband en voldoende toegerust zijn (scholing) – om niet plus situaties te herkennen..

AANBEVELING 3 VERBETEREN EENHEID VAN COMMUNICATIE

Uit de monitor blijkt dat er nog veel winst is te behalen in het managen van de verwachtingen van de (toekomstige) kraamvrouwen. Uit eerder onderzoek⁷ is gebleken dat naarmate de verwachtingen van de (toekomstige) kraamvrouw over kraamzorg meer overeenkomen met de werkelijkheid, de tevredenheid van de (toekomstige) kraamvrouw over de te ontvangen kraamzorg toeneemt.

De kracht van de herhaling

1. Gebruikmaken van de cliëntinformatie

Het traject van informeren van de (toekomstige) kraamvrouwen begint op het moment dat de vrouw zich aanmeldt bij de verzekeraar/callcenter of de kraamzorgorganisatie. Bij dit eerste contact dient de medewerker van verzekeraar/kraamzorgorganisatie de cliënt te informeren dat een indicatie nodig is voor het vaststellen van het aantal uren kraamzorg. Dit kan ondersteund worden door gebruik te maken van de cliëntinformatie.

- De verzekeraar heeft de cliëntinformatie op de website staan en verwijst de verzekerde daar naar of stuurt de informatie naar de verzekerde.

- De verzekeraar attendeert de cliënt/verzekerde op de website van de kraamzorgorganisatie.
- De kraamzorgorganisatie stuurt een informatiepakket over kraamzorg op waar de cliëntinformatie onderdeel van uit maakt.

2. *Concentratie van kennis bij verzekeraars*

Verzekeraars dienen zich bewust te zijn van de impact die het geven van informatie op hun verzekerden heeft. Onduidelijke of onjuiste informatie aan het begin van het kraamzorgtraject kan misverstanden in het vervolg opleveren. Het verdient de overweging bij zorgverzekeraars om binnen de klantenservice een klein deel van de medewerkers specifiek toe te rusten voor het onderdeel kraamzorg.

Het product kraamzorg is relatief klein, en vraagt door de aard van het product specifieke kennis en een hoge servicegerichtheid van de medewerkers. Deze groep medewerkers kunnen regelmatig geïnstrueerd worden bij nieuwe ontwikkelingen.

3. *Cliëntinformatie bij intake en 35 weken consult*

De intaker onderzoekt tijdens de intake met de toekomstige kraamvrouw de zorgbehoefte van de toekomstige kraamvrouw.

Op basis van die bevindingen maakt de intaker een inschatting van de aard en omvang van de benodigde kraamzorg in het kraambed. Bij het intakegesprek maakt de intaker gebruik van de cliëntinformatie om het doel en de werkwijze van de indicatiestelling te ondersteunen. Van belang in dit gesprek is om aandacht te besteden aan:

- De indicatie, naar aard voor wat betreft de inhoud en omvang voor wat betreft het aantal uur en het aantal dagen.
- De plaats van de bevalling. De toekomstige kraamvrouw dient geïnformeerd te worden over het feit dat in Nederland ongeveer 35% van de vrouwen thuis bevalt. De overige vrouwen bevallen elders (poliklinisch/ziekenhuis/kraamhotel). In sommige situaties komen zij na de bevalling op dezelfde dag nog naar huis. Meestal is er aansluitend een korte of langere opname. Ook al noemen we de dagen in het ziekenhuis geen kraamzorg, toch krijgen moeder en kind daar al zorg die meetelt in het aantal dagen dat zij kraamzorg krijgen.
- De duur van de kraamzorg. De toekomstige kraamvrouw dient geïnformeerd te worden over het feit dat kraamzorg gegeven wordt gedurende acht dagen, gerekend vanaf de geboorte van het kind. Wanneer die acht dagen niet toereikend zijn dan kan een negende en tiende dag worden geïndiceerd.
- De herindicatie bij start zorg en tijdens het kraambed. Deze herindicaties zijn nodig om ervoor zorg te dragen dat de kraamzorg aansluit/blijft aansluiten bij wat nodig is in de betreffende situatie van de kraamvrouw en het kind: kraamzorg op maat.
- De rol van de mantelzorg, welke activiteiten vallen buiten de strekking van de kraamzorg en die wel relevant zijn tijdens de kraamperiode.

Tijdens het verloskundig consult bij een zwangerschap van 35 weken, informeert de verloskundige naar de indicatie die is afgegeven voor kraamzorg. Ook dan is er nog een keer de mogelijkheid om hierover met de toekomstige kraamvrouw van gedachten te wisselen, haar te wijzen op de cliëntinformatie en de hiervoor genoemde vijf aandachtspunten te bespreken.

De cliëntinformatie dient jaarlijks geactualiseerd te worden, voor het laatst in 2010. Dan zal de indicatiestelling in de kraamzorg in het verwachtingpatroon van toekomstige kraamvrouwen voldoende een plek hebben gekregen.

AANBEVELING 4 INTENSIVEER SAMENWERKING TUSSEN DE BEROEPS- BEOEFENAREN

Uit de monitor blijkt dat de samenwerking tussen de verloskundige en de kraamverzorgende tijdens het kraambed voor de individuele kraamvrouw positief verloopt, dat is ook de mening van de kraamvrouwen.

De samenwerkingsrelatie tussen de verloskundige en de kraamzorgorganisatie is minder duidelijk, terwijl er op het gebied van de partusassistentie en de herindicatie van kraamzorg een stevig fundament nodig is bij beide beroepsgroepen, om de zorg bij de thuisbevalling en de kraamzorg in het kraambed voor de cliënten naar de toekomst toe goed te borgen.

Activiteiten die hieraan een belangrijke impuls kunnen geven zijn:

- Besteed in een periodiek overleg tussen verloskundigen/verloskundige maatschappen en kraamzorgorganisaties aandacht aan de primaire werkprocessen (partusassistentie en kraamzorg in het kraambed) van beide beroepsgroepen en de onderlinge afhankelijkheid/samenhang. Ga na hoe zij elkaar in hun wederzijdse afhankelijkheid kunnen versterken, leg de afspraken daarover vast en evalueer die jaarlijks of vaker als dat nodig is. Indien gewenst kan de ROS daarin ook een ondersteunende rol vervullen.
- Draag zorg voor een overzichtelijk relatienetwerk voor verloskundigen, zodat informatie en uitwisseling van informatie zo efficiënt mogelijk georganiseerd kan worden. Dit kan bijvoorbeeld door het benoemen van een vaste contactpersoon van een kraamzorgorganisatie voor een verloskundige praktijk.
- Draag zorg voor een goede afstemming tussen het ziekenhuis en de verloskundige zorg/kraamzorg in de thuissituatie. Treedt hierin gezamenlijk op, zodat het belang van een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijns met het oog op een goede start voor moeder en kind onder de aandacht wordt gebracht van de professionals in het ziekenhuis.

AANBEVELING 5 GEEF EXTRA IMPULS AAN IMPLEMENTATIE VAN HET INHOUDELIJK KADER PARTUSASSISTENTIE

Uit de monitor is gebleken dat het inhoudelijk kader voor de partusassistentie bij een deel van de verloskundigen nog niet volledig bekend is. Het lijkt erop dat hier sprake is van een informatieachterstand (zie ook aanbeveling 3).

Daarnaast bestaan nog verschillende beelden bij verloskundigen en kraamzorgorganisaties over het begrip "op tijd" aanwezig zijn bij een bevalling. Hieraan dient nadrukkelijk aandacht besteed te worden bij de **implementatie**, omdat het aspect "op tijd" de kwaliteit van de thuisbevalling verbetert. Wanneer verloskundige en kraamverzorgenden beiden voor de uitdrijving op het kraamadres aanwezig zijn, kan afstemming tussen de beroepsbeoefenaren plaatsvinden en kan de benodigde behandeling, zorg en ondersteuning geboden worden, om de partus - volgens de richtlijnen van de beroepsbeoefenaren - te begeleiden.

AANBEVELING 6 INFORMEER TOEKOMSTIGE BEROEPSBEOEFENAREN

Toekomstige beroepsbeoefenaren zullen moeten kunnen werken met het LIP en het inhoudelijk kader voor de partusassistentie.

Informeer de opleidingsinstituten over het ontwikkelde materiaal en de daarbij behorende werkwijze. Veranker dit ook in de contacten tussen de brancheorganisaties en de opleidingsinstituten.

AANBEVELING 7 ACTUALISEER HET LIP

Draag zorg voor het actualiseren van het LIP op basis van de bevindingen uit deze monitor en integreer hierin het onderdeel van de partusassistentie.