LANDELIJK INDICATIEPROTOCOL KRAAMZORG

Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode

Maart 2008

actiz organisatie van zorgondernemers
KNOV
LVG
Sting landelijke beroepsvereniging verzorging
bTn
Zorgverzekeraars Nederland

Colofon

Het actualiseren van het LIP is mogelijk gemaakt door een subsidie van CVZ, het College voor Zorgverzekeringen
ActiZ maakte het mogelijk dat het onderdeel vroegsignalering als integraal onderdeel werd toegevoegd aan het LIP

Het rapport kwam tot stand door de inzet van de expertwerkgroep onder leiding van CC Zorgadviseurs, Maaike Veenvliet, projectleider

Voorwoord
In september 2005 hebben de besturen van de betrokken organisaties (ActiZ, KNOV, Sting, BTN en Zorgverzekeraars Nederland) het landelijke indicatieprotocol kraamzorg vastgesteld. De ontwikkeling van het landelijk indicatieprotocol kraamzorg (LIP) is mogelijk geworden door een subsidie van STOOM (Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg). De partijen hebben aangegeven, dat het toetsen van het protocol in de praktijk noodzakelijk was. Vanaf dat moment is de LVG ook bij de verdere ontwikkeling van het indicatieprotocol Kraamzorg betrokken.

In 2006 is een pilot uitgevoerd in twee kraamzorgorganisaties, om de praktische uitwerking van het LIP in de praktijk te toetsen. Op basis van de resultaten uit die pilot en de informatie uit het veld is het LIP verder aangescherpt. Vanaf 2007 werken alle kraamzorgaanbieders, verloskundigen en verzekeraars met het LIP en het inhoudelijk kader voor de partusassistentie (PA).

Op verzoek van de stuurgroep is in 2007 een “monitor kraamzorg” gehouden, met de volgende doelstelling:
Het volgen van de werking van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg in de praktijk, zodat waar nodig tot aanpassing kan worden gekomen.

De bevindingen uit de monitor kraamzorg en die uit het onderzoek van TNO naar de mogelijkheden van preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode zijn meegenomen bij het actualiseren van het LIP. Bovendien is het inhoudelijk kader voor de PA integraal onderdeel gaan uitmaken van het LIP.

In het regeerakkoord van februari 2007 heeft het kabinet aangegeven, dat zij meer uren kraamzorg beschikbaar willen stellen voor alle kraamgezinnen. VWS heeft partijen gevraagd op basis van de uitkomsten van de hiervoor genoemde onderzoeken een voorstel te doen naar de wijze waarop zij invulling willen geven aan de uitbreiding van die uren. Vervolgens is dat voorstel door de Tweede Kamer geaccordeerd[1]. De concrete uitwerking is in deze versie van het LIP meegenomen.

Het LIP is één van de basisdocumenten voor de verdere ontwikkeling van normen voor verantwoorde kraamzorg. Dat geldt ook voor de basiskwaliteitseisen waarin in dit rapport wordt verwezen. Het resultaat van het traject verantwoorde kraamzorg wordt een kwaliteitskader dat inzicht geeft in de kwaliteit van kraamzorg, zowel zorginhoudelijk als over de cliëntervaring.

Opmerkingen over terminologie:
1. Waar verloskundige(n) staat dient ook gelezen te worden verloskundig actieve huisarts(en).
2. Waar voor een verwijzing naar een beroepsbeoefenaar zij is gebruikt, kan ook hij gelezen worden.

[1] Brief inzake 'Uitwerking afspraak kraamzorg in coalitieakkoord' met kenmerk CZ-EKZ 2807883, november 2007

INHOUDSOPGAVE

1 Visie op kraamzorg 6
1.1 Inleiding 6
1.2 Doelstelling van kraamzorg 6
1.3 Resultaten kraamzorg 7
1.4 Visie op kraamzorg 8

2 Kraamzorg: een nadere omschrijving 10
2.1 Kraamzorg: partusassistentie (PA) 10
2.1.1 Inleiding 10
2.1.2 Partusassistentie bij een normaal verlopende bevalling 11
2.1.3 Taken kraamverzorgende tijdens Partusassistentie 13
2.1.4 Omvang partusassistentie 14
2.2 Kraamzorg: in het kraambed 15

3 De kraamzorgpakketten 18
3.1 Het Basispakket kraamzorg 18
3.2 Minimumpakket kraamzorg 19
3.3 Kraamzorg op maat 20

4 Het stellen van de (her)indicatie en het daarbij behorende wegingskader 23
4.1 Inleiding 23
4.2 Het wegingskader 23
4.2.1 Wat is de zorgbehoefte? 25
4.2.2 Wat is de benodigde (kraam)zorg? 26
4.3 Resultaat van de indicatiestelling 26
4.4 Werkproces 26
4.4.1 Stap 1: De aanmelding/inschrijving 26
4.4.2 Stap 2: De indicatie/herindicatie 26
4.4.3 Stap 6: de overdracht 28
4.5 Kraamzorg op dag 9 en dag 10 29

5 Het vaststellen van de uren kraamzorg in het kraambed 31
5.1 Start kraamzorg in het kraambed 31
5.1.1 Na een thuisbevalling 31
5.1.2 Na ontslag uit het ziekenhuis 31
5.2 Relevante factoren 33
5.3 De meer-/minderfactoren 33
5.4 Omvang van de meer-/minderfactoren 34
5.5 Toelichting op de meer-/minderfactoren 37
5.5.1 Omgevingsfactoren 37

5.5.2 Moederfactoren 40
5.5.3 Kindfactoren 44
5.5.4 Moeder- of kindfactor 46
5.5.5 Factor gerelateerd aan kraamsituatie 46

1 VISIE OP KRAAMZORG

1.1 INLEIDING

Kenmerkend voor Nederland is dat ongeveer een derde van alle zwangeren thuis bevalt (30%). Het grootste deel van de vrouwen die poliklinisch of in een geboorte- of kraamhotel bevalt, gaat daarna naar huis. 95% van de kraamgezinnen maakt gebruik van kraamzorg. Dat betekent dat er in de thuissituatie voldoende en kwalitatief goede kraamzorg beschikbaar moet zijn. Vanaf 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht. Kraamzorg en partusassistentie zijn onderdeel van de basisverzekering en zijn dus voor iedereen toegankelijk.
In de Zorgverzekeringswet[2] is de zorg zoals kraamverzorgenden die bieden aan moeder en kind bij de geboorte van een kind, gedurende ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van de geboorte van het kind, in de basisverzekering opgenomen.
De wettelijke grenzen aan kraamzorg zijn als volgt omschreven:
De minimumomvang van de kraamzorg bedraagt gerekend vanaf de dag van de geboorte van het kind 24 uur, hierbij is de partusassistentie niet meegerekend en het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur verdeeld over 10 dagen, hierbij maakt partusassistentie onderdeel uit van het totaal aantal uren kraamzorg. Bij de uitvoering van kraamzorg worden de basiskwaliteitseisen[3] in acht genomen, zoals die door de veldpartijen zijn vastgelegd. De (aanstaande) kraamvrouw en haar partner kunnen in de periode rondom de geboorte van de baby, een beroep doen op kraamzorg.

In Nederland is het bereik van kraamzorg hoog. Daarmee vormt kraamzorg een belangrijke schakel in de keten van zorgverlening voor de jeugd.

1.2 DOELSTELLING VAN KRAAMZORG

Kraamzorg is gericht op het bieden van zorg, ondersteuning, instructie en voorlichting aan de moeder, haar partner en haar kind. Kraamzorg heeft het oogmerk rust te creëren waardoor het geestelijke en fysieke herstel van de kraamvrouw en het integreren van het kind binnen het gezin wordt bevorderd.
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 taak.

---

[2] In de zorgverzekeringswet is kraamzorg omschreven als "de zorg zoals kraamverzorgenden die plegen bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van de geboorte van het kind"

[3] Basiskwaliteitseisen Kraamzorg, BTN, KNOV, LCK, ActiZ, Sting, ZN. Bunnik, december 1999.
In het traject verantwoorde kraamzorg zullen deze basiskwaliteitseisen op den duur worden vervangen door de prestatie-indicatoren voor de kraamzorg. Dit traject zal naar verwachting in 2009 zijn beslag hebben gekregen.

De moeder en het kind in het gezin staan centraal in hun eigen leefomgeving als het gaat om het realiseren van kwalitatief goede en doelmatige kraamzorg.

In de meeste gezinnen gaat het na de geboorte van het kind goed. In een klein aantal gevallen is dat niet het geval, dan ontstaat een zorgwekende opvoedingssituatie. Als deze problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en als ondersteuning wordt geboden aan die gezinnen die hierin een risico lopen, kunnen opvoedingsproblemen op latere leeftijd voorkomen worden. Ook kraamzorg kan hier aan bijdragen.
Kraamverzorgenden zijn in de eerste dagen na de geboorte veel uren in het gezin aanwezig. Zij horen en zien daardoor veel, in sommige situaties zijn dit risicosignalen. Wanneer zij betekenis weten te geven aan die signalen, kunnen zij samen met de eigen leidinggevende en met de verloskundige een rol spelen bij vroegsignalering. Het signaleren maakt onderdeel uit van de taken die de kraamverzorgende uitvoert bij de partusassistentie en de kraamzorg in het kraambed.

De kraamzorg besteedt tijdens de partusassistentie aandacht aan:
- begeleiding en ondersteuning van de zwangere vrouw en - zo nodig aan - de partner in de laatste fase van de ontsluiting, tijdens de baring en in de periode kort na de bevalling;
- assistentie van de verloskundige in haar werkzaamheden om de bevalling goed te (bege)leiden.

De kraamzorg besteedt tijdens de kraamperiode aandacht aan:
- de verzorging en controle van de kraamvrouw;
- de verzorging en controle van het kind;
- voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin;
- observeren, signaleren en rapporteren;
- waarborgen hygiëne;
- de verzorging en/of opvang van huisgenoten;
- huishoudelijke taken.

1.3 RESULTATEN KRAAMZORG

Als belangrijkste resultaten van de kraamzorg zijn te noemen:
1. Het leveren van een bijdrage aan een goed verlopende thuisbevalling.
2. De moeder en het kind zijn na de geboorte verzorgd en gecontroleerd, zoals vastgelegd in de basiskwaliteitseisen kraamzorg.
3. De moeder is zodanig hersteld dat zij de taken, dan wel de regie op die taken, ten aanzien van de zorg voor haar kind en haar gezin op zich kan nemen.
4. De moeder en de partner zijn voorgelicht en geïnstrueerd volgens de geldende inzichten over de (preventieve) zorg voor het kind en de moeder.
5. De basis voor integratie van het kind in het gezin is gelegd.

6. Vroegtijdige signalering van (potentiële) problemen bij het kind is doorgegeven aan de verloskundige/huisarts/JGZ[4].
7. Vroegtijdige signalering van risicogezinnen is – met in achtneming van de richtlijnen voor overdracht – doorgegeven aan de verloskundige/huisarts/JGZ.
8. Het leggen van een basis voor een gezonde start van het kind.
9. Het creëren van een doorlopende lijn in activiteiten (tussen kraamzorg en JGZ), gericht op de (preventieve) zorg en opvoedingsondersteuning van het kind en diens moeder/ouder(s)/verzorger(s).

1.4 VISIE OP KRAAMZORG

In de visie op kraamzorg is uitgegaan van een benadering van de mens in relatie tot zijn omgeving. Bij kraamzorg gaat het er om de zorgbehoefte van het gezin en specifiek die van de moeder en het kind (de cliënt) te kennen. De activiteiten zijn er op gericht een bijdrage te leveren aan het voorspoedige herstel van de moeder en de integratie van het kind in het gezin. De lichamelijke, geestelijke, psychosociale en maatschappelijke aspecten worden steeds in onderlinge samenhang bezien.

Ieder mens, ieder gezin, is in principe zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid en het functioneren in het eigen gezin. Kraamzorg wil de moeder, de partner en het gezin ondersteunen in het nemen van die verantwoordelijkheid, door:

- het bieden van praktische zorg;
- het aanvullen van kennis en het vergroten van inzicht;
- het vergroten van vaardigheden op het gebied van lichamelijk en geestelijk herstel, verzorging en (op)voeding.

Het uitgangspunt dat ieder mens in principe zelf verantwoordelijk is voor de eigen gezondheid en het functioneren in het eigen gezin heeft gevolgen voor de wijze waarop de hulpvragen worden beoordeeld. Daarnaast is ook sprake van een maatschappelijke verantwoordelijkheid, namelijk in die situaties waarin kwetsbare leden van de samenleving, waaronder kinderen, beschermd moeten worden tegen onveilige situaties[5]. Het gaat dan om situaties waarin kinderen niet de garantie hebben dat ze een acceptabele opvoeding krijgen, zoals dat zich voordoet bij kindermishandeling en –verwaarlozing en bij stoornissen in de interactie tussen ouders en kinderen.

In Nederland bevalt circa 30% van de kraamvrouwen thuis. In die situatie is passende kraamzorg in de vorm van partusassistentie en aansluitend kraamzorg in het kraambed voor handen. Bovendien komen de kraamvrouwen die elders bevallen met hun kind snel na de bevalling naar huis. Het is van belang dat (kraam)zorg thuis wordt geleverd.

---

4 JGZ = jeugdgezondheidszorg

5 TNO rapport: Preventie en Vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode. september 2007

Zo kunnen de kraamvrouw en haar kind een goede start maken. Kraamzorg neemt een belangrijk deel van deze zorg voor haar rekening. Het gaat hierbij om met name de verzorging en controle van moeder en kind, voorlichting en instructie en hygiënetaken. Ook het observeren, signaleren en rapporteren hoort hierbij. Voor overige (huishoudelijke) activiteiten moet een beroep worden gedaan op zorg door huisgenoten en/of anderen, dit is de mantelzorg. Van huisgenoten (de mantelzorg) mag worden verwacht dat zij bereid en in staat zijn elkaar zorg te bieden.
Zeker wanneer het gaat om zorg die tijdelijk van karakter is, zoals bijvoorbeeld bij griep of de verzorging van kinderen bij een kinderziekte. Op deze vorm van zorg van huisgenoten aan elkaar wordt binnen de kraamzorg ook een beroep gedaan. Wanneer noodzakelijke (huishoudelijke) activiteiten – onvoorzien – niet door het eigen netwerk kunnen worden opgevangen, kan een beroep worden gedaan op professionele zorg i.c. kraamzorg.

De visie op kraamzorg is als volgt:

Kraamzorg richt zich op het bieden van een goede start aan het pasgeboren kind en diens moeder in het gezin. Daarmee legt kraamzorg een basis voor een gezonde ontwikkeling van het kind voor diens toekomst en legt een fundament voor de kwaliteit en vitaliteit van onze toekomstige samenleving.
Kraamzorg ondersteunt de eigen verantwoordelijkheid van de ouder(s)/verzorger(s) door zich te richten op individuele zorg en ondersteuning aan moeder en kind (en in het verlengde daarvan: het gezin) en individuele preventie. Kraamzorg houdt rekening met de uniciteit van iedere zorgvrager en de persoonlijke levenssfeer. Het kraamzorgaanbod is individueel afgestemd en is laagdrempelig, herkenbaar en (geprotocolleerd) toegankelijk.

2 KRAAMZORG: EEN NADERE OMSCHRIJVING

In dit hoofdstuk staan we stil bij wat kraamzorg nu precies inhoudt. Daarbij is een onderscheid aangebracht in:

- kraamzorg partusassistentie
- kraamzorg in het kraambed.

2.1 KRAAMZORG: PARTUSASSISTENTIE (PA)

2.1.1 INLEIDING

Verloskundige zorg en kraamzorg maken onderdeel uit van de zorg in de eerstelijn. Kenmerk van deze zorg is:

- dat ze generalistisch is van aard;
- dat de zorg dicht in de buurt beschikbaar is;
- dat de toegang laagdrempelig is.

De ontwikkelingen in de zorg aan mensen die denken over het stichten van een gezin of over gezinsuitbreiding hebben de laatste jaren verder vorm en inhoud gekregen. Onderzoeken hebben uitgewezen dat gezond gedrag van de aanstaande ouders al voordat er sprake is van een zwangerschap positieve gevolgen kunnen hebben voor de zwangerschap, de vrouw en haar ongeboren kind.
Dat betekent dat de verloskundige in haar contact met de vrouw, naast het volgen en bewaken van het fysiologische proces van de zwangerschap, ook veel aandacht zal besteden aan de psychosociale begeleiding, voorlichting en preventieve advisering en aan het signaleren van risicofactoren[6]. De verloskundige zal de vrouw toerusten om de zwangerschap en de uitkomsten daarvan voor de vrouw en haar ongeboren kind zo gunstig mogelijk te beïnvloeden.

Van belang is dat zwangeren al tijdens de zwangerschap goed worden voorbereid op bevalling en de veranderende periode daarna. Een ontwikkeling die bij dit belang aansluit is dat verschillende partijen samenwerking zoeken met elkaar, om cursus en voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen, waarin de recente inzichten zijn verwerkt dat aansluit bij de doelgroep.

De rol van de verloskundige

De kern van de functie van de verloskundige richt zich op de cliëntgebonden zorg. De verloskundige begeleidt zelfstandig en binnen haar eigen verantwoordelijkheidsgebied vrouwen bij een normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De verloskundige maakt daarbij steeds een professionele afweging van medische en niet-medische risico's en zal bij twijfel andere disciplines (onder andere de gynaecoloog) consulteren, dan wel doorverwijzen.

[6] TNO rapport: Preventie en Vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode. september 2007

De verloskundige maakt onderdeel uit van de eerstelijn en vervult de poortwachterfunctie naar de tweedelijn (de gynaecoloog in het ziekenhuis). In het netwerk rondom de verloskundige zorg in de eerstelijn werkt zij samen met huisarts, kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg, paramedische disciplines en disciplines op het vlak van begeleiding en geestelijke gezondheid.

De rol van de kraamverzorgende
De kraamverzorgende is in dienst van een kraamzorgorganisatie, dan wel werkt als zelfstandige. De kraamverzorgende biedt kraamzorg aan in de vorm van partusassistentie en kraamzorg tijdens het kraambed. Voorafgaande vindt tijdens de zwangerschap een intake plaats.
De kraamverzorgende treft voorbereidingen, ondersteunt, begeleidt en verzorgt de zwangere vrouw *vlak voor, tijdens en kort na de bevalling*. Zij werkt daarbij samen met en assisteert de verloskundige bij de bevalling door het uitvoeren van de taken die vallen binnen het beroepsdomein van de verzorgende. De kraamverzorgende observeert, signaleert en rapporteert over de gezondheid van moeder en kind gedurende haar aanwezigheid in het gezin bij de partusassistentie aan de verloskundige en kraamzorgorganisatie.

2.1.2 PARTUSASSISTENTIE BIJ EEN NORMAAL VERLOPENDE BEVALLING

Het is belangrijk dat de kraamverzorgende samen met de verloskundige in de laatste fase van de ontsluiting aanwezig is, zoals is vastgelegd in de basiskwaliteitseisen[7]. De kraamverzorgende is dan in staat om de voorbereidingen te treffen voor de bevalling, de kamer van de kraamvrouw en de baby op orde te brengen en ondersteuning te bieden aan de zwangere vrouw. Bovendien kunnen verloskundige en kraamverzorgenden ook hun werkzaamheden en activiteiten goed op elkaar afstemmen, die passen in de situatie waarin zij – ieder vanuit de eigen deskundigheid – een bijdrage leveren aan een goed verloop van de bevalling in thuissituatie.

Dit uitgangspunt vraagt van de verloskundige dat zij bij de beoordeling van de vordering van de ontsluiting, en het tempo waarin dat gebeurt, rekening moet houden met het tijdstip waarop zij contact zoekt met de kraamzorgorganisatie, die de kraamverzorgende oproept om naar het betreffende gezin te gaan.
De kraamverzorgende dient binnen 1 uur na de oproep voor partusassistentie door de verloskundige aanwezig te zijn op het adres waar de bevalling plaatsvindt.

De partusassistentie eindigt 2 uur na de geboorte van de placenta en als de kraamvrouw en de baby zijn gecontroleerd/verzorgd, zoals dit in de basiskwaliteitseisen[8] is opgenomen. Wanneer de verloskundige nog complicaties verwacht na die 2 uur, kan in de avond en nacht nog sprake zijn van verlenging van de partusassistentie.
Overdag binnen de gebruikelijke werktijden van de kraamzorgorganisatie[9] gaat 2 uur na de geboorte van de placenta de partusassistentie over in kraamzorg tijdens het kraambed.

---

7 Basiskwaliteitseisen, december 1999.
8 Basiskwaliteitseisen, december 1999. Pagina 12 en 13.

Duur van een normale bevalling
Voor een overzicht van een normale bevalling, dat relevant is bij het bepalen van het aantal uur kraamzorg voor de partusassistentie, verwijzen we naar de bijlage.
Voor een normale bevalling gaan de professionals (verloskundigen en artsen) steeds uit van een gemiddelde duur en maximale duur, waarbinnen de bevalling in de thuissituatie veilig kan plaats vinden.

Periode/tijdperk	Gemiddelde duur	Maximale duur
Uitdrijving	60 minuten	120 minuten
Nageboortetijdperk	20 minuten	60 minuten
Postplacentair tijdperk	120 minuten	120 minuten
Totaal (vanaf moment van actief persen)	200 minuten	300 minuten

Doelgroep
Kraamzorgorganisaties bieden PA bij zwangere vrouwen, die thuis[10] willen bevallen en waarvoor de verloskundige geen belemmeringen heeft geconstateerd in het verloop van de zwangerschap.

Doelstelling
De kraamzorgorganisatie biedt partusassistentie door de inzet van een daartoe bekwame kraamverzorgende. Deze is aanwezig in het gezin gedurende de laatste fase van de ontsluiting, de fase van uitdrijving, het nageboortetijdperk en het postplacentair tijdperk te weten tot 2 uur na de geboorte van de placenta. De kraamverzorgende biedt de noodzakelijke begeleiding en ondersteuning aan de zwangere, zodat er voldoende rust is om binnen de daarvoor gestelde termijnen de verloskundige te assisteren tijdens de bevalling en de geboorte van de placenta.
Na de geboorte van de baby geeft de kraamverzorgende de noodzakelijke zorg en begeleiding aan de kraamvrouw en verzorgt en controleert de baby.

Werkwijze bij oproep
De verloskundige is geïnformeerd door of namens de zwangere vrouw dat de bevalling is begonnen. Bij binnenkomst controleert de verloskundige de vrouw en afhankelijk van de bevindingen, concludeert zij dat het gewenst is dat de kraamverzorgende moet komen. De verloskundige roept de kraamverzorgende op/laat de kraamverzorgende oproepen voor partusassistentie in de ontsluitingsfase, zodat de kraamverzorgende in de laatste fase van de ontsluiting, voor het begin van de uitdrijving (de start van het actief persen), aanwezig is[11].

9 De gebruikelijke werktijden van de kraamzorgorganisatie omvatten minimaal de uren tussen 8.30 en 17.00 uur

10 Met thuis wordt bedoeld: de eigen thuissituatie, dan wel een daarmee vergelijkbare situatie, waar de zwangere kan bevallen.

11 Het moment waarop de oproep wordt geplaatst is enerzijds afhankelijk van het moment waarop de verloskundige in het gezin aanwezig is en/of door het gezin wordt opgeroepen. Anderzijds is de oproep gebaseerd op de professionele inschatting en ervaring van de verloskundige. De realiteit is echter dat

De kraamverzorgende dient binnen 1 uur, na de oproep van de verloskundige, aanwezig te zijn op het adres waar de bevalling zal plaatsvinden.

2.1.3 TAKEN KRAAMVERZORGENDE TIJDENS PARTUSASSISTENTIE

De taken die de kraamverzorgende uitvoert tijdens de PA zijn als volgt te omschrijven:

Laatste fase van de ontsluiting

- de kraamkamer in orde brengen voor de bevalling (onder andere temperatuur, verlichting, hygiënemaatregelen en bed);
- de babykamer in orde brengen (onder andere temperatuur, veiligheid babybed);
- klaarzetten van benodigdheden voor de uitdrijving en de opvang en zorg van het kind;
- ondersteunen van de zwangere bij het opvangen van de weeën;
- afstemmen met de verloskundige over de betreffende zorgsituatie (bijzonderheden cliënt, uitgezet verloskundig beleid, samenwerking verzorgende en verloskundige);
- assisteren van de verloskundige.

Tijdens de uitdrijving

- ondersteunen en verzorgen van de vrouw;
- assisteren van de verloskundige.

Nageboortetijdperk en postplacentair tijdperk

- assisteren van de verloskundige (bij geboorte placenta, hechten);
- instructie en voorlichting (onder andere aanleggen bij borstvoeding/verzorgen flesvoeding, temperatuur, verschonen);
- verzorgen en controle kraamvrouw (onder andere algehele conditie, wassen/douchen, controle baarmoederstand, urineren);
- verzorgen en controle kind (onder andere temperatuur, algehele conditie/alertheid, zuigreflex);
- huishoudelijke taken (onder andere opruimen kraamkamer, kraamwas, badkamer);
- observeren, signaleren en rapporteren, ook van risicofactoren (kraamzorgdossier);
- gegevens partus doorgeven aan kraamzorgorganisatie.

Interactie verloskundige – kraamverzorgende

Zowel vanuit het perspectief van de verloskundige als vanuit het perspectief van de kraamzorg gaat het er steeds om, dat er sprake is van een goede samenwerking en afstemming in taken en activiteiten, met als doel de geboorte van het kind zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen voor moeder en kind, dan wel dat passende maatregelen genomen kunnen worden wanneer zich complicaties voordoen. De verloskundige maakt daarbij afwegingen op het vlak van omgevingsfactoren, moederfactoren en kindfactoren.

Daar is voor nodig:

- een vertrouwensrelatie tussen verloskundige en vrouw;
- een goede samenwerkingsrelatie tussen verloskundige en kraamzorgorganisatie/-kraamverzorgende;

---

het verloop van de baring een individueel en niet-lineair proces is en de voortgang van het ontsluitings-proces in de allerlaatste fase soms trager en soms sneller verloopt dan oorspronkelijk ingeschat.

- een gedeeld referentiekader[12] tussen verloskundige en kraamverzorgende over de plaats van partusassistentie en kraamzorg tijdens het kraambed in het geheel van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de mogelijkheid om bij partusassistentie het verloskundig beleid in de betreffende situatie met elkaar door te spreken nog voordat de uitdrijving begint;
- wederzijds vertrouwen in eigen en elkaars deskundigheid. De kraamverzorgende doet de controles en bij twijfel overlegt zij met de verloskundige. De verloskundige geeft aan welke extra controles na de partus gedaan moeten worden en welke reacties te verwachten zijn.

2.1.4 OMVANG PARTUSASSISTENTIE

De kraamzorgorganisatie declareert de werkelijk geleverde uren PA bij de zorgverzekeraar. Als rekenregel hanteren we voor de PA 4 uur. Deze rekenregel kan gehanteerd worden bij het opstellen van de jaarlijkse begrotingen.
De verloskundige geeft een beoordeling over de situatie rondom de bevalling en gebruikt daarbij de meer-/minderfactoren, waar mogelijk in overleg met de kraamverzorgende. Deze factoren kunnen er toe leiden dat er **meer**, dan wel **minder** uren partusassistentie geboden worden.

Overzicht meer-minderfactoren

Omgevingsfactoren

- Mantelzorg is onvoldoende toegerust om kraamvrouw c.q. pasgeborene te ondersteunen.
- Kraamverzorgende is niet bij de gehele partus aanwezig.

Moederfactoren

- Complicaties die thuis afgewacht kunnen worden.
- Complicaties die thuis niet afgewacht kunnen worden.

Bij de beoordeling van deze complicaties maakt de verloskundige gebruik van de bekende professionele criteria (verwijsindicaties) in relatie tot de betreffende bevalling en de situatie van de vrouw.

Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om: een vastzittende placenta, niet vorderende ontsluiting = NVO, niet vorderende uitdrijving =NVU , een gecompliceerde wond, een fluxus, emotionele/labiele vrouw, een snelle partus.

Kindfactoren

- Complicaties die thuis afgewacht kunnen worden.
- Complicaties die thuis niet afgewacht kunnen worden.

[12] Referentiekader = het geheel van waarden en normen binnen een bepaalde groep.

Bij de beoordeling van deze complicaties maakt de verloskundige gebruik van de bekende professionele criteria (verwijsindicaties) in relatie tot de betreffende bevalling en de situatie van het kind.

Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om: foetale nood tijdens partus/expressie, moeizame start baby., ondertemperatuur, het overlijden van de baby.

2.2 KRAAMZORG: IN HET KRAAMBED

De kraamverzorgende ondersteunt, begeleidt en verzorgt *in het kraambed* de moeder en het kind, geeft voorlichting en instructie aan de kraamvrouw en haar partner, voert de basishuishoudelijke taken uit en observeert, signaleert en rapporteert over de voortgang van de gang van zaken in het kraambed aan de verloskundige, de kraamzorgorganisatie en de jeugdgezondheidszorg.

Kraamzorg, na de geboorte van het kind, bestaat uit een aantal producten. De indeling zoals die gebruikt wordt in de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg[13] is hierbij leidend. Hieraan is het product "observeren, signaleren en rapporteren" toegevoegd.
De volgende producten vormen met elkaar kraamzorg in het kraambed:

- verzorging en controle van de kraamvrouw;
- verzorging en controle van het kind;
- voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin;
- observeren, signaleren en rapporteren;
- waarborgen hygiëne;
- verzorging en/of opvang van huisgenoten;
- huishoudelijke taken.

Op basis van het TNO-onderzoek[14] en de expertise van de expertwerkgroep zijn per product de activiteiten beschreven.

1. Verzorging en controle van de kraamvrouw

- Controle van de temperatuur en pols
- Controle van het bloedverlies en baarmoederstand
- Controle en verzorging van perineum en borsten
- Controle van urine en de ontlasting
- Controle van de benen
- Geestelijk en lichamelijk welbevinden
- Hulp bij douchen/wassen
- Hulp bij (borst)voeding

[13] Basiskwaliteitseisen Kraamzorg, BTN, KNOV, LCK, ActiZ (voorheen Z-org/LVT), Sting, ZN. Bunnik, december 1999.

[14] Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek; Eindrapportage inventarisatie en evaluatieonderzoek, TNO, april 2002.

- Informeren naar de nachtrust en vermoeidheid

2. Verzorging en controle van het kind

- Controle van de temperatuur
- De kraamverzorgende ziet het kind iedere dag geheel bloot en observeert de kleur, ademfrequentie, motoriek, gewicht, huid, ogen en navel
- Overige observaties zoals gedrag, voeding, vochtbalans, spugen, urine en ontlasting
- Lichamelijke verzorging zoals wassen en baden, huidverzorging en navelverzorging

3. A. Voorlichting en instructie

Ten aanzien van het kind

Onder andere over (borst)voeding, slaap-/waakritme kind, huilgedrag en troosten, tegengaan voorkeurshouding, allergiepreventie, preventie wiegendood, meeroken, veiligheid in huis, vitamine K, naar buiten gaan en vervoer kind, signaleren risico factoren.

Ten aanzien van de kraamvrouw/het gezin

Onder andere over (borst)voeding, alarmsignalen en herkennen van problemen na de kraamtijd, ontzwangering, mobilisatie, huishouden en dagindeling, belang van rust, hygiëne, een gezonde leefwijze en signaleren risicofactoren.

B. Integratie van het kind in het gezin

Wanneer er één of meer andere kinderen onder de 6 jaar in het gezin aanwezig zijn, dan besteedt de kraamverzorgende daar ook aandacht aan. Zij geeft de andere kinderen tijdens haar aanwezigheid eten en drinken en indien aan de orde helpt zij hen bij de toiletgang. Voorts is er aandacht voor integratie van het kind in het gezin, door de andere kinderen bij de zorg voor het nieuwe broertje of zusje te betrekken, door hen te laten kijken/helpen bij de dagelijkse bezigheden zoals de badbeurt, het in bed stoppen en een schone luier geven.

4. Observeren, signaleren en rapporteren

- Observeren van het kind, de moeder en het gezin
- Signaleren van (potentiële) problemen bij de moeder of in de ontwikkeling van het kind
- Signaleren van de risicofactoren
- Bespreken van de signalen met het gezin
- Schrijven van de rapportage
- Overdragen en rapporteren aan verloskundige en/of collega's
- Rapporteren gesignaleerde (potentiële) problemen aan de huisarts en/of verloskundige

- Overdacht – in overleg met de verloskundige – naar de JGZ

5. Waarborgen hygiëne

- Dagelijks reinigen van badkamer en toilet(ten)
- Frequent verschonen kraambed en bed van het kind
- Uitkoken materiaal zoals borstkolf, flessen en spenen

6. Verzorging en opvang huisgenoten

- Verzorging en opvang van andere aanwezige kinderen
- Verzorging en opvang van een gehandicapt of ziek gezinslid

7. A. Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van *basis* huishoudelijke taken

- Schoonhouden van de babykamer en de kamer waarin de moeder verblijft
- Verzorging van de kraamwas
- Verzorgen van de lunch

B. Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van *extra* huishoudelijke taken

- (Voor)bereiden van de warme maaltijd
- Schoonhouden van andere kamers
- Opvang van het bezoek
- Boodschappen doen
- Verzorging van de gezinswas

3 DE KRAAMZORGPAKKETTEN

In dit hoofdstuk worden de verschillende kraamzorgpakketten beschreven voor de kraamzorg tijdens het kraambed. Het samenstellen van een kraamzorgpakket is afhankelijk van de situatie van de cliënt, de zorgbehoefte van de cliënt en het professionele oordeel van de beroepsbeoefenaar die de indicatie stelt en de grenzen die er vanuit het wettelijk kader aan gegeven zijn.
We maken onderscheid in drie pakketten:

- het Basispakket kraamzorg;
- het Minimumpakket kraamzorg;
- Kraamzorg op Maat.

In de volgende paragrafen is per pakket uitgelegd wat de inhoud is en wanneer het van toepassing is.

3.1 HET BASISPAKKET KRAAMZORG

Het Basispakket kraamzorg is van toepassing als er geen extra bijzonderheden in het kraamgezin zijn. Het basispakket kraamzorg heeft betrekking op de kraamzorg in het kraambed gedurende de eerste 8 dagen, gerekend vanaf de geboortedag van de baby. Het verloop van het kraambed is normaal: het herstel van de moeder verloopt normaal, het kind maakt een goede start en er zijn geen factoren in de omgeving die om andere zorg vragen. In het Basispakket kraamzorg is het geven van borstvoeding als onderdeel van kraamzorg opgenomen. Hiermee is aangesloten bij het advies van de WHO, dat ook in Nederland is overgenomen, namelijk dat borstvoeding de eerste keuze is boven kunstvoeding in verband met de aantoonbare gezondheidswinst die dit oplevert.
Wanneer dit niet het geval is, is sprake van de factor "kunstvoeding geven". De intaker zal in het intakegesprek met de aanstaande kraamvrouw aandacht besteden aan de afwegingen die de aanstaande kraamvrouw maakt ten aanzien van de voeding voor haar kind. De intaker zal de informatie aanpassen aan de situatie van de aanstaande kraamvrouw, zodat de aanstaande kraamvrouw een besluit kan nemen over al dan niet borstvoeding geven.

In het Basispakket kraamzorg zijn de kernproducten van kraamzorg opgenomen, namelijk de verzorging en controle van de moeder, verzorging en controle van het kind, voorlichting, instructie en integratie in het gezin, observeren, signaleren en rapporteren en waarborgen hygiëne. In het Basispakket kraamzorg zijn de volgende producten niet opgenomen:

- product 6, verzorging en opvang huisgenoten;
- product 7b, ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van extra huishoudelijke taken.

De aard en de omvang van het Basispakket kraamzorg is op basis van inhoudelijke argumenten samengesteld. Hierbij is van informatie uit het TNO-onderzoek[15] gebruikgemaakt.

[15] Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek; Eindrapportage inventarisatie en evaluatieonderzoek, TNO, april 2002.

In het Basispakket kraamzorg is wat betreft de omvang geen onderscheid gemaakt tussen een eerste of een tweede kind. Alleen bij product 3 is een nadere nuancering aan de orde. Dit is tot uitdrukking gebracht door het product onder te verdelen in *3A. Voorlichting en instructie* en *3B. Integratie kind in het gezin*.

In de volgende tabel is de aard en de omvang van het Basispakket kraamzorg afgebeeld.

Producten	**Tijd per product kraamzorg Basispakket kraamzorg, eerste kind, (duur acht dagen)**	**Tijd per product kraamzorg Basispakket kraamzorg, tweede en volgend kind, (duur acht dagen)**
1. Verzorging en controle kraamvrouw	9	9
2. Verzorging en controle kind	7	7
3. a) Voorlichting en instructie	12	8
b) Integratie kind in het gezin	-	4
4. Observeren, signaleren en rapporteren	5	5
5. Waarborgen hygiëne	8	8
6. Verzorging en opvang huisgenoten	-	-
7a Huishoudelijke taken basis	8	8
7b Huishoudelijke taken extra	-	-
Totaal	**49**	**49**

Tabel 3.1 Aard en omvang van het Basispakket kraamzorg

3.2 MINIMUMPAKKET KRAAMZORG

Het Minimumpakket kraamzorg is het pakket dat in ieder geval, in iedere situatie waar sprake is van kraamzorg, geleverd wordt. Het Minimumpakket kraamzorg is gebaseerd op het wettelijke minimum van 24 uur (kraamzorg in het kraambed exclusief partusassistentie), zoals voorheen genoemd in de Ziekenfondswet. Deze ondergrens is ook door de betrokken partijen als absolute minimum onderschreven in de Basiskwaliteitseisen. Ook de kraamzorg in het Minimumpakket kraamzorg betreft zorg verdeeld over de eerste acht dagen na de geboorte van de baby.

Nadrukkelijk moet hier vermeld worden dat dit pakket niet is samengesteld op basis van wat nodig is om goede en passende kraamzorg te verlenen. Wel is aangegeven, wanneer de cliënt van het Minimumpakket kraamzorg gebruik wil maken, aan welke producten kraamzorg de kraamverzorgende aandacht besteed.

In de onderstaande tabel is de aard en de omvang van het Minimumpakket weergegeven.

Producten	Tijd per kraamperiode Minimumpakket
1. Verzorging en controlekraamvrouw	4
2. Verzorging en controle kind	6
3. Voorlichting en instructie[16]	10
4. Observeren, signaleren en rapporteren	4
5. Waarborgen hygiëne	-
6. Verzorging en opvang huisgenoten	-
7a. Huishoudelijke taken basis	-
7b. Huishoudelijke taken extra	-
Totaal	**24**

Tabel 3.2 Aard en omvang van het Minimumpakket kraamzorg

In het coalitieakkoord van februari 2007 is opgenomen dat de minister tot een uitbreiding van het aantal uur kraamzorg wil komen voor alle kraamgezinnen in Nederland[17]. Dat betekent dat ook de gezinnen die de voorkeur geven om zelf minder uren kraamzorg af te nemen dan waar zij op basis van de indicatie rechten zouden kunnen doen gelden, ook aanspraak kunnen maken op deze extra 5 uur. De intaker besteedt hier aandacht aan tijdens het intake gesprek aan huis/de telefonische intake.

3.3 KRAAMZORG OP MAAT

Bij het realiseren van Kraamzorg op Maat zijn producten en bijbehorende activiteiten opgenomen die alleen worden uitgevoerd in situaties die vragen om een nieuwe afweging, dan wel in situaties waar meer of minder tijd besteed moet worden aan de producten en activiteiten uit het Basispakket kraamzorg.
In deze situaties waarin kraamzorg op maat wordt geleverd is er iets met de moeder en/of het kind aan de hand of zijn er factoren in de omgeving die van invloed zijn op de situatie waarin de kraamzorg wordt geboden.
We onderscheiden situaties waarin:

1) meer uren kraamzorg worden geleverd;
2) minder uren kraamzorg worden geleverd.

Bij kraamzorg op maat kunnen de volgende twee producten extra opgenomen zijn:

- product 6, verzorging en opvang huisgenoten;
- product 7b, ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van extra huishoudelijke taken.

Bij de invulling van kraamzorg op maat wordt, afhankelijk van de situatie, de zorgbehoefte bepaald.

[16] Voorlichting en instructie is inclusief het deel van de hygiënetaken benodigd voor het hygiënisch bereiden van de voeding voor het kind.

[17] Brief inzake 'Uitwerking afspraak kraamzorg in coalitieakkoord' met kenmerk CZ-EKZ 2807883, november 2007

De zorgbehoefte wordt vertaald naar aard en omvang van de kraamzorg en vastgelegd in het kraamzorg op maat pakket. De omvang van kraamzorg op maat valt inclusief partusassistentie binnen de grenzen van de Zorgverzekeringswet (minimaal 24 uur exclusief partusassistentie en maximaal 80 uur verdeeld over 10 dagen, inclusief partusassistentie).

In bepaalde situaties wordt meer zorg geleverd dan in het Basispakket kraamzorg is opgenomen. In die situaties kunnen één of meerdere meerfactoren van toepassing zijn:

- instabiele gezinssituatie;
- zorgelijke gezinssituatie;
- aanwezigheid twee andere kinderen onder de 4 jaar of drie andere kinderen onder de 6 jaar;
- communicatiebarrière;
- mantelzorg onvoorzien niet aanwezig;
- niet fysiek zelfredzaam;
- geestelijk onwelbevinden;
- dreigende infectie;
- meerling;
- aangeboren afwijking;
- verminderde conditie van het kind;
- problemen bij voeding bij moeder en/of kind.

In bepaalde situaties wordt minder zorg geleverd dan in het Basispakket kraamzorg is opgenomen. Dit kan twee oorzaken hebben:

- de toekomstige kraamvrouw (en haar partner) wil(len) zelf minder zorg dan in het Basispakket kraamzorg is opgenomen. Zij zijn in staat zelf in een aantal activiteiten te voorzien;
- één van de minderfactoren is van toepassing. De minderfactoren zijn:
  - onderdeel van een ander huishouden/inwonend[18];
  - het geven van kunstvoeding;
  - doodgeboren/overleden kind;
  - ziekenhuisopname van de moeder of het kind.

Wanneer de kraamvrouw (en haar partner) nadrukkelijk kiezen voor minder uren kraamzorg, dan op basis van de indicatie als noodzakelijk is aangegeven, dient hiervan een aantekening gemaakt te worden in de zorgovereenkomst.
De kraamzorgaanbieder zal zich ook in die situatie optimaal inspannen om de kraamvrouw en haar kind te verzorgen, te begeleiden en te ondersteunen en de periode van het kraambed zo goed mogelijk te laten verlopen, maar dat laat onverlet dat alle noodzakelijke activiteiten door de kraamverzorgende niet kunnen worden uitgevoerd.

[18] Voorheen: niet zelfstandig voeren van een huishouden

Om die reden is in het Minimumpakket kraamzorg aangegeven aan welke producten en activiteiten de kraamverzorgende in ieder geval aandacht zal besteden om de zorg voor moeder en kind zo veel als mogelijk te waarborgen.

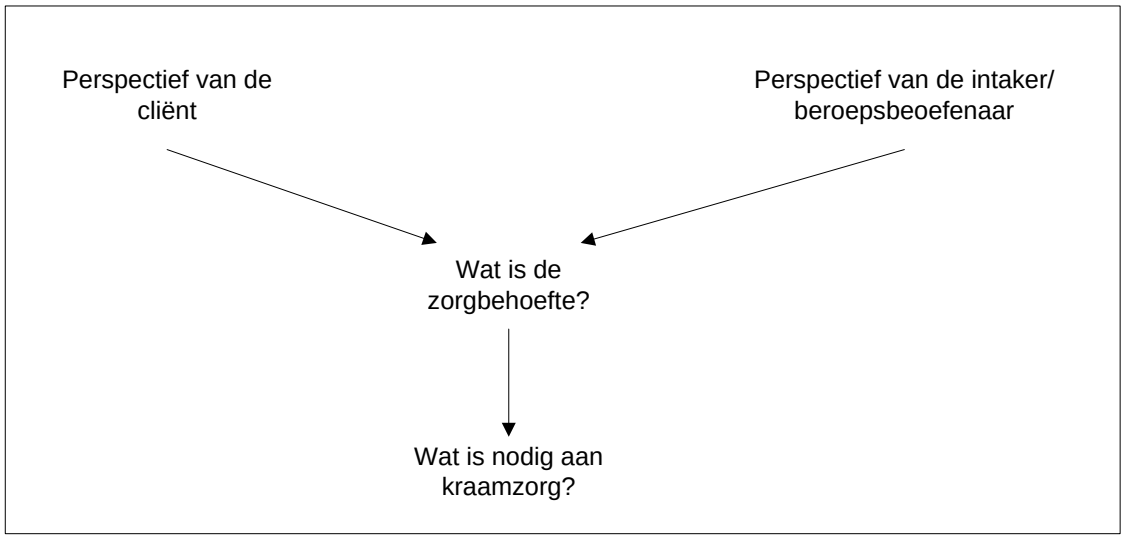
4 HET STELLEN VAN DE (HER)INDICATIE EN HET DAARBIJ BEHORENDE WEGINGSKADER

4.1 INLEIDING

De betrokken partijen bij de kraamzorg verstaan onder indicatiestelling, in aansluiting op het advies "Indicatiestelling en zorg op maat" van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid[19]: "het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectiveerbare manier vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang".

4.2 HET WEGINGSKADER

De intaker/beroepsbeoefenaar die de (her)indicatie stelt, maakt steeds een afweging op basis waarvan beoordeeld wordt of kraamzorg aangewezen is, wat de inhoud van die zorg zou moeten zijn en welke omvang daarbij hoort. Om te komen tot een objectief, integraal en deskundig oordeel is het van belang de verschillende wegingsmomenten te onderscheiden en zo veel als mogelijk te expliciteren.
Hierbij speelt vanuit het perspectief van de cliënt diens ervaringsdeskundigheid een rol én vanuit het perspectief van de intaker/beroepsbeoefenaar diens professionele kennis en ervaring. In de onderstaande afbeelding is dit weergegeven.



Indicatiestelling tijdens de zwangerschap (de eerste indicatie)
De intaker brengt in gesprek met de toekomstige kraamvrouw de situatie van de kraamvrouw in kaart. De intaker stelt op basis van de vraagverheldering en analyse van de situatie de zorgbehoefte vast. In het proces van indicatie stellen zijn twee afwegingsmomenten te onderscheiden:

[19] Indicatiestelling en zorg op maat, Nationale raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, oktober 1994.

- De eerste afweging in het proces van indicatiestellen heeft betrekking op het moment waarop de beoordeling plaatsvindt van de hulpvraag, die vervolgens geconcretiseerd wordt in de zorgbehoefte. Dat is bij de eerste indicatie dus het moment van de intake. Wat is de inschatting van de beperkingen van de kraamvrouw na de geboorte van het kind, en hoe is de situatie in het gezin? De intaker maakt daarbij ook gebruik van de aandachtspunten met betrekking tot vroegsignalering. Zie hiervoor de lijst in de bijlage.[20]
- Bij de tweede afweging wordt de zorgbehoefte van de toekomstige kraamvrouw vertaald in een passend aanbod kraamzorg, dat aansluit bij de situatie van de cliënt.

Indicatiestelling in het kraambed: start zorg (de eerste herindicatie) en bij wijzigingen tijdens het kraambed (de tweede of volgende herindicatie)
Ook hier zijn beide afwegingsmomenten aan de orde.

- De eerste afweging. De verloskundige vormt zich een oordeel over de situatie van de kraamvrouw en het kind, op basis van de signalen van de kraamverzorgende en de eigen waarneming. Dat is wanneer de vrouw thuis is bevallen, kort na de bevalling of wanneer de vrouw in het ziekenhuis is bevallen of wanneer zij kort na de bevalling opgenomen is geweest in het ziekenhuis, bij thuiskomst van moeder en kind.
  De verloskundige formuleert een advies over de behandeling en de daarvoor benodigde inzet van kraamzorg. Vervolgens bespreken verloskundige en de kraamverzorgende wat de invloed van deze situatie is op het zelfstandig functioneren van de kraamvrouw, met andere woorden, welke belemmeringen brengt deze situatie met zich mee en wat zijn de gevolgen daarvan voor de kraamzorg, zowel naar inhoud als naar omvang. Verloskundige maakt een inschatting van de toe- dan wel afgenomen beperkingen van de kraamvrouw en/of het kind en/of het gezin en formuleert een advies over de gevolgen daarvan voor het kraambed. Deze informatie gaat naar de kraamzorgaanbieder.
- De tweede afweging. De kraamzorgaanbieder maakt de tweede afweging, namelijk de vertaling van de zorgbehoefte naar een voorstel ten aanzien van het aanbod van kraamzorg in aard en omvang.

Wanneer er geen wijzigingen in de situatie zijn die van invloed zijn op de inzet van kraamzorg volstaat een korte aantekening in het kraamzorgdossier.

De verloskundige en de kraamzorgaanbieder, die de herindicatie stelt, maken gebruik van het ontwikkelde materiaal, zoals omschreven in het protocol; namelijk de visie op kraamzorg, de beschrijving van het Basispakket kraamzorg en de factoren die kunnen leiden tot de inzet van meer of minder kraamzorg.

[20] Lijst met signalen overgenomen uit het TNO rapport 'Preventie en Vroegsignalering van risicogezinnen in de Kaamperiode', met toestemming van TNO.

4.2.1 WAT IS DE ZORGBEHOEFTE?

(WEGINGSKADER BIJ HET VASTSTELLEN VAN DE ZORGBEHOEFTE)

De intaker/beroepsbeoefenaar verkent in gesprek met de (aanstaande) kraamvrouw haar huidige situatie. Hierin spelen de omgevingsfactoren, de moederfactoren en de kindfactoren een belangrijke rol.

1. Wat zijn de relevante aandachtspunten in de situatie van de cliënt?
   De intaker/beroepsbeoefenaar vraagt de situatie van de (toekomstige) kraamvrouw uit. Spelen omgevingsfactoren, moederfactoren of kindfactoren een rol?
2. Waar bestaat de inzet van mantelzorg uit?
   Uitgangspunt is dat de kraamvrouw een beroep doet op mantelzorg voor de lopende zaken binnen het gezin, zoals de opvang van kinderen en andere huisgenoten en de zorg voor het huishouden.
3. Welke lichamelijke en/of psychische beperkingen bestaan al voor de zwangerschap, waarvoor een oplossing is gevonden? Kunnen deze oplossingen ook tijdens de kraamperiode worden gecontinueerd?
   De (aanstaande) kraamvrouw kan al beperkingen in lichamelijk en/of psychisch opzicht ervaren en hiervoor een vorm van zorg- en dienstverlening ontvangen. Van belang is na te gaan op welke manier in deze vorm van zorg- en dienstverlening continuïteit geboden kan worden in de kraamperiode.
   Ook is het mogelijk dat de aanstaande kraamvrouw in het verleden te maken heeft gehad met psychische problematiek, waarvoor zij in behandeling is geweest. Indien relevant kan de intaker - met toestemming van de cliënt - contact opnemen met de huisarts/verloskundige om na te gaan welke invloed hiervan (nog) te verwachten is op de zorg in het kraambed.
4. Welke risicosignalen neemt de intaker waar. Is het gewenst – noodzakelijk deze signalen door te geven aan de verloskundige en de JGZ?
   De intaker gaat na of er risicosignalen worden afgegeven tijdens het intakegesprek. De intaker bespreekt die signalen en gaat na of extra ondersteuning in dit gezin nodig is. Bijvoorbeeld door extra ondersteuning en begeleiding van de verloskundige, een huisbezoek van de jeugdverpleegkundige. In die situatie vraagt de intaker toestemming om de bijzonderheden door te geven
5. Wat is de concrete behoefte aan kraamzorg?
   Op basis van de voorgaande inventarisatie ontstaat bij de (toekomstige) kraamvrouw en de intaker duidelijkheid over welke zaken belangrijk zijn om verantwoorde zorg in dit kraamgezin te kunnen bieden.

Het beantwoorden van deze vragen leidt tot het formuleren en vaststellen van de zorgbehoefte.

4.2.2 WAT IS DE BENODIGDE (KRAAM)ZORG? (WEGINGSKADER BIJ HET AANBOD)

De intaker/beroepsbeoefenaar gaat het volgende na:

1. Regelvermogen van de kraamvrouw/het kraamgezin: inschakelen mantelzorg.
2. Professionele zorg is gericht op:
   - ondersteunen van herstel kraamvrouw;
   - integratie van het kind in het gezin;
   - preventie, waaronder vroegsignalering, voorlichting en instructie;
   - waarborgen hygiëne;
   - huishoudelijke taken basis.
3. Bij onvoorziene afwezigheid mantelzorg is professionele zorg aanvullend gericht op:
   - opvang van jonge kinderen;
   - huishoudelijke taken (extra).

4.3 RESULTAAT VAN DE INDICATIESTELLING

Het resultaat van de indicatiestelling is: een concreet advies over aard en omvang van de kraamzorg voor deze (aanstaande) kraamvrouw en haar gezin.

4.4 WERKPROCES

Indicatiestelling maakt onderdeel uit van het proces van vraag naar aanbod. Daarbij zijn de volgende stappen te onderscheiden:
Stap 1: de aanmelding/inschrijving;
Stap 2: de indicatiestelling: vraagverheldering, vaststellen zorgbehoefte, formuleren indicatie;
Stap 3: de zorgverlening;
Stap 4: de evaluatie van zorg/nazorg;
Stap 5: de afsluiting van zorg;
Stap 6: de overdracht.

In dit protocol is aandacht besteed aan stap 1 en stap 2 en stap 6, waarbij het accent ligt op stap 2. De uitwerking van het werkproces is opgenomen in bijlage 5.

4.4.1 STAP 1: DE AANMELDING/INSCHRIJVING

De klant meldt zich - conform de polisvoorwaarden - met een vraag naar kraamzorg aan bij de kraamzorgaanbieder of de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de route tot toeleiding naar de kraamzorgaanbieder volgt de inschrijving bij de kraamzorgaanbieder. (zie ook het werkproces in bijlage 5)

4.4.2 STAP 2: DE INDICATIE/HERINDICATIE

Er zijn altijd twee momenten te onderscheiden waarop op basis van de vraag van de cliënt de zorgbehoefte wordt vastgesteld en een beoordeling van de noodzaak tot kraamzorg en de daarbij behorende omvang van de kraamzorg wordt gemaakt.

In situaties die daar aanleiding toe geven kan vaker een indicatiemoment worden bepaald. Bij deze beoordeling staat de zorgbehoefte van de kraamvrouw en het kind voorop.

De momenten waarop de beoordeling plaatsvindt, is bij:
1. de indicatiestelling tijdens de zwangerschap, de intake;
2. in de kraamperiode: bij de start van de zorg in het kraambed.

Wanneer er op andere momenten tijdens de kraamperiode veranderingen in de situatie optreden, wordt op dat moment opnieuw de benodigde zorg geïndiceerd.
Op de twee (her)indicatiemomenten kunnen verschillende hulpverleners betrokken zijn bij het stellen van de (her)indicatie. Het is van belang dat de (her)indicatie integraal, objectief en deskundig wordt gesteld. Een ander zou in dezelfde situatie op basis van dezelfde argumenten tot een vergelijkbaar oordeel over aard en omvang van de kraamzorg moeten komen.

Het resultaat van de (her)indicatie is steeds een beschrijving van wat er moet gebeuren (= de aard van de kraamzorg) en het aantal benodigde uren (= omvang van de kraamzorg). Bij de verdeling van de uren kraamzorg in het kraambed (1ste tot en met de 8ste dag) kan de kraamzorgorganisatie de uren flexibel inzetten, daarbij rekening houdend met de zorgbehoefte van kraamvrouw en kind, én met een minimum van 3 uur kraamzorg per dag.

De indicatie: De indicatiestelling tijdens de zwangerschap, de intake
De eerste indicatie wordt gesteld tijdens de zwangerschap door een intaker die daartoe bekwaam is. In principe is dit de intaker van de kraamzorgaanbieder. De eerste indicatie wordt bijtijds (bij tijdige aanmelding van de cliënt) doch uiterlijk in de zevende maand van de zwangerschap gesteld, conform de Basiskwaliteitseisen. Dit kan zowel door middel van een huisbezoek[21] als telefonisch plaatsvinden, conform de richtlijnen uit de basiskwaliteitseisen.
In dit gesprek wordt de indicatie met betrekking tot de aard en de omvang van de kraamzorg gesteld. De gestelde indicatie met de bijbehorende argumentatie worden vastgelegd in het kraamzorgdossier.

De eerste herindicatie: In de kraamperiode, start zorg
De bevalling is een moment waarop veel in de situatie van de kraamvrouw kan veranderen. Na de bevalling ontstaat meer zicht op de situatie van het kind en eventuele factoren in de omgeving.
Wanneer de bevalling thuis heeft plaats gevonden vindt de herindicatie - op het meest geëigende moment - kort na de bevalling plaats, in de regel binnen 12 tot 24 uur. Wanneer de bevalling elders (bijvoorbeeld in een ziekenhuis, geboortecentrum of kraamhotel) heeft plaatsgevonden of wanneer de vrouw met het kind kort na de bevalling is opgenomen in het ziekenhuis, vindt de herindicatie plaats wanneer de kraamvrouw en haar kind thuiskomen. De verloskundige of huisarts is medisch verantwoordelijk voor het kraambed.

[21] De richtlijn voor het houden van een intake aan huis, op grond van de basiskwaliteitseisen, is in de bijlage omschreven.

Deze professional verzamelt en ordent de informatie die van belang is om een diagnose te stellen over de situatie van de kraamvrouw en het kind. De verloskundige beschrijft de veranderende situatie en legt de diagnose vast in het kraamzorgdossier; zij ondertekent de rapportage. De verloskundige formuleert op basis van haar/zijn bevindingen een advies over de behandeling en over de benodigde inzet van kraamzorg in de veranderde situatie.
De kraamzorgaanbieder stelt op basis van een veranderende zorgbehoefte een passend kraamzorgpakket samen, waarbij aandacht wordt gegeven aan aard en omvang van de kraamzorg.
De herindicatie met de daarbij behorende onderbouwing wordt vastgelegd in het kraamzorg-dossier. De kraamzorgaanbieder is verantwoordelijk voor de inzet van kraamzorg.

Het kan zijn dat de eerste herindicatie bij start zorg niet leidt tot een bijstelling van aard en omvang van de kraamzorg. In die situatie geldt dat de afgegeven indicatie tijdens de zwangerschap van toepassing is voor de kraamzorg in het kraambed.

De tweede en volgende herindicatie: In de kraamperiode, bij wijzigingen in de situatie
Tijdens de kraamperiode kunnen zich wijzigingen in de situatie van het kind, de moeder en/of de omgeving voordoen waardoor het noodzakelijk is de aard en de omvang van de kraamzorg bij te stellen. Tijdens de kraamperiode evalueert de verloskundige, in overleg met de kraamverzorgende, de situatie van de kraamvrouw, het kind en het gezin. Daarbij wordt de werkwijze gevolgd zoals beschreven bij de eerste herindicatie: start zorg.

Doordat de (her)indicatie met bijbehorende argumenten wordt vastgelegd in het kraamzorg-dossier is het mogelijk achteraf vast te stellen of op basis van valide argumenten de juiste zorg is ingezet.

4.4.3 STAP 6: DE OVERDRACHT

De kraamverzorgende en de verloskundige dragen de informatie uit het kraambed over aan de JGZ, de jeugdverpleegkundige, zodat op het consultatiebureau de informatie en de adviezen naadloos kunnen aansluiten op de informatie die is gegeven in de kraamperiode. Zeker wanneer er sprake is geweest van een zorgelijke gezinssituatie dan is het relevant dat er afstemming bestaat tussen kraamverzorgende en verloskundige, om de signalen met de kraamvrouw te bespreken, zonodig al aanvullende zorg en begeleiding te starten en zorg te dragen voor een overdracht naar de JGZ. De kraamverzorgende kan in die situatie een beroep doen op haar leidinggevende voor ondersteuning, het bespreken van haar twijfel en het zoeken naar de meest passende vervolgstappen.
Voor het overdragen van informatie uit het kraambed naar de volgende schakel in de keten is toestemming van de kraamvrouw nodig.

Wanneer die openheid niet mogelijk is kan de kraamverzorgende de informatie doorgegeven aan de verloskundige en de JGZ, mits zij daarbij aan de toetsingscriteria[22] voor het doorbreken van het beroepsgeheim heeft voldaan (zie bijlage 4). Verloskundigen maken hierbij gebruik van de KNOV-meldcode kindermishandeling.

4.5 KRAAMZORG OP DAG 9 EN DAG 10

Het protocol ondersteunt de intaker/beroepsbeoefenaar bij het stellen van een indicatie, in eerste instantie voor een kraambed van 8 dagen. Op die basis (van 8 dagen) zijn ook de meer-/minderfactoren uitgewerkt. Het is aan de verloskundige om te beoordelen of kraamzorg op de 9de, of 9de en 10de dag nodig is.
Uiteraard dienen de geïndiceerde kraamzorg binnen de grenzen van het wettelijk kader voor kraamzorg te blijven. Dat betekent dat het totaal aantal uur kraamzorg inclusief de PA de 80 uur niet mag overschrijden.

De werkwijze is als volgt:
Tijdens de eerste 8 dagen van het kraambed is steeds de zorg vanuit het Basispakket kraamzorg per dag beschikbaar, dat is **gemiddeld** 6 uur per dag[23]. Daarbovenop komen de uren voor de meer factoren. Bij een 9de of een 9de en 10de dag zijn er geen uren meer beschikbaar uit het Basispakket kraamzorg. Er is voor gekozen om voor de 9de en 10de dag uit te gaan van een minimum aantal uren, namelijk 3 uur per dag. Het hanteren van de meer-/minderfactoren is ook bij een beoordeling of en hoeveel zorg nodig is op dag 9 en dag 10 van belang. De onderbouwing van die uren vindt plaats door de toelichting bij de meer-/minderfactoren.
Tijdens de kraamperiode evalueert de verloskundige, in overleg met de kraamverzorgende, de situatie van de kraamvrouw, het kind en het gezin. Het kan zijn dat naar het oordeel van de verloskundige de genoemde 3 uur voor dag 9 en dag 10 niet voldoende zijn om de passende zorg te kunnen bieden. De verloskundige geeft dit dan in het advies aan. De verloskundige beschrijft de situatie van de kraamvrouw en/of het kind en/of de omgeving en wat de gevolgen daarvan zijn voor de aard en de omvang van de kraamzorg in het kraambed op de 9de en 10de dag. Vanuit de kraamzorgorganisatie kan dan een passende inzet worden gedaan.

Op basis van ervaringen van verloskundigen zijn denkbare situaties waarin zorg op een 9de en 10de dag nodig kan zijn:
Omgevingsfactor:
- zorgelijke gezinssituatie;

Moeder- of kindfactor:
- problemen met voeding bij moeder of kind, bijvoorbeeld problemen met aanleggen;

Moederfactoren:
- (dreigende) infecties, bijvoorbeeld een borstontsteking aan het einde van het kraambed;

---

22 Horen, Zien en Zwijgplicht? Wegwijzer huiselijk geweld en beroepsgeheim. MOVISIE, 2007

23 Als rekenregel wordt gehanteerd: basispakket kraamzorg met borstvoeding 49 uur : 8 = 6 uur en 7,5 minuten wordt afgerond op **6 uur kraamzorg per dag**

- niet fysiek zelfredzaam, bijvoorbeeld moeizaam herstel na een keizersnede, ernstige bekkenklachten, fluxus;
- geestelijk onwelbevinden, bijvoorbeeld na een postpartum depressie/postpartum psychose/postpartum psychose bij een vorig kind, psychische problemen, onzekerheid na ziekenhuisopname bij thuiskomst laat in de kraamperiode;

Kindfactor:

- een meerling;

Gerelateerd aan kraamzorgsituatie:

- protocol voorziet niet

De toelichting op de meer-/minderfactoren komt in hoofdstuk 5 uitgebreid aan de orde.

5 HET VASTSTELLEN VAN DE UREN KRAAMZORG IN HET KRAAMBED

Bij het vaststellen van de uren kraamzorg in het kraambed onderscheiden we twee belangrijke momenten. Het eerste moment is de indicatiestelling tijdens de zwangerschap. Op dat moment stelt de intaker op basis van de gegevens die op dat moment beschikbaar zijn, wat het meest passende pakket kraamzorg voor deze a.s. kraamvrouw in dit gezin is (basispakket kraamzorg/kraamzorg op maat/minimumpakket kraamzorg).
Het tweede belangrijke moment is het moment dat de kraamzorg daadwerkelijk van start gaat. En daarbij onderscheiden we twee situaties:

1. de bevalling heeft thuis plaats gevonden en de kraamvrouw en het kind blijven thuis en krijgen kraamzorg.
2. a) de bevalling heeft thuis plaatsgevonden en moeder en kind worden opgenomen in het ziekenhuis en komen in de eerste 10 dagen na de geboorte van het kind naar huis
   b) de baby wordt in het ziekenhuis geboren en moeder en kind komen in de eerste 10 dagen na de geboorte van het kind naar huis.

   In aansluiting op deze ziekenhuis opname gaat kraamzorg thuis van start.

In dit hoofdstuk worden vervolgens de factoren toegelicht die een rol spelen bij het stellen van een (her)indicatie voor kraamzorg in het kraambed. De factoren worden eerst benoemd en daarna toegelicht.

5.1 START KRAAMZORG IN HET KRAAMBED

5.1.1 NA EEN THUISBEVALLING

Bij een normaal verlopende thuisbevalling zal de verloskundige beoordelen of het geïndiceerde pakket kraamzorg passend is voor de situatie van deze kraamvrouw en haar kind in dit gezin. Zo nodig adviseert de verloskundige om tot bijstelling van aard en omvang van het kraamzorgpakket te komen. Dit is dus meteen ook het eerste herindicatie moment. De kraamzorg in het kraambed gaat vervolgens van start.

Wanneer het kind overdag is geboren gaat – binnen de gebruikelijke werktijden van de kraamzorgorganisatie – 2 uur na de geboorte van de placenta de partusassistentie over in kraamzorg tijdens het kraambed.
Wanneer het kind 's avonds of 's nachts is geboren – buiten de gebruikelijke werktijden van de kraamzorgorganisatie – dan rond de kraamverzorgende de partusassistentie 2 uur na de geboorte van de placenta, dan wel na de verlengde partusassistentie af en start zij de volgende dag met de kraamzorg in het kraambed. Zie paragraaf 2.1.2.
.

5.1.2 NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Wanneer de kraamvrouw en het kind binnen de tien dagen gerekend vanaf de dag dat het kind is geboren, dus in de kraamperiode, weer thuiskomen uit het ziekenhuis, wordt de inzet van kraamzorg opnieuw overwogen.

Dat is het geval wanneer:

- de vrouw in het ziekenhuis is bevallen,
- de kraamvrouw kort na bevalling samen met het kind is opgenomen in het ziekenhuis.

Verrekening uren per opname dag in het ziekenhuis

Per opnamedag wordt één achtste deel van de geïndiceerde uren afgetrokken (zoals bij de indicatiestelling tijdens de zwangerschap vastgesteld) **met uitzondering van** de dag van ontslag.

Rekenvoorbeeld:

1. Dag 1 voor kraamzorg is de geboortedag van het kind
2. Op de dag van thuiskomst vangt kraamzorg aan
3. Als dit de geboortedag betreft vindt geen aftrek van geïndiceerde uren plaats, ook indien er die dag geen kraamzorg meer wordt geleverd i.v.m. een ontslag na de gebruikelijke werktijden van de kraamzorgaanbieder.
4. Op de dag van ontslag, niet zijnde de geboortedag, vindt van **voorafgaande** opnamedagen aftrek van 1/8 van de geïndiceerde uren per dag plaats, zoals vastgesteld bij de intake. De dag van ontslag telt dus NIET mee.

Bijvoorbeeld bij een indicatie basispakket kraamzorg van 49 uur[24] en een opname van drie dagen, ontslag op de vierde dag, blijft 31 uur kraamzorg over.
Indicatie 49 uur: 8 dagen = rekenregel van gemiddeld 6 uur per dag. Kraamzorg voor dag 1 t/m 3: 3 x 6 = 18 uur. Blijft over voor dag 4 t/m 8: 49 uur – 18 uur = 31 uur
Bijvoorbeeld bij een indicatie basispakket kraamzorg met kunstvoeding van 45 uur[25] en een opname van drie dagen, ontslag op de vierde dag, blijft 28,5 uur kraamzorg over.
Indicatie 45 uur: 8 dagen = rekenregel van gemiddeld 5,5 uur per dag. Kraamzorg voor dag 1 t/m 3: 3 x 5,5 = 16,5 uur. Blijft over voor dag 4 t/m 8: 45 uur – 16,5 uur = 28,5 uur

De eerste herindicatie: In de kraamperiode, start zorg

Op het moment van thuiskomst beoordeelt de verloskundige de situatie. De verloskundige maakt daarbij gebruik van de informatie van de kraamverzorgende. Op grond van die bevindingen stelt de verloskundige vast dat de resterende uren voldoende zijn voor dit kraambed, dan wel wordt met behulp van de meer- minderfactoren een herindicatie gesteld. De kraamzorgaanbieder stelt indien nodig de aard en de omvang van de kraamzorg bij. Indien van toepassing kan de verloskundige later in het kraambed nog een tweede of volgende herindicatie stellen.

[24] Als rekenregel wordt gehanteerd: basispakket kraamzorg met borstvoeding 49 uur : 8 = 6 uur en 7,5 minuten wordt afgerond op **6 uur kraamzorg per dag**

[25] Als rekenregel wordt gehanteerd: basispakket kraamzorg met kunstvoeding 45 uur : 8 = 5 uur en 37,5 minuten wordt afgerond op **5,5 uur kraamzorg per dag**

5.2 RELEVANTE FACTOREN

In het protocol zijn de volgende factoren onderscheiden:

- omgevingsfactoren;
- moederfactoren;
- kindfactoren.

Deze omgevingsfactoren, moederfactoren en kindfactoren zijn in het overzicht meer-/minderfactoren (tabel 5.1.) uitgewerkt. Het betreft de relevante factoren die van invloed kunnen zijn op de aard en de omvang van de kraamzorg.

5.3 DE MEER-/MINDERFACTOREN

In tabel 5.1 zijn de meer-/minderfactoren, die van invloed kunnen zijn op de aard en/of de omvang van de kraamzorg, opgenomen. De factoren zijn in paragraaf 5.4 omschreven. De factoren zijn (zoveel mogelijk) beschreven en toegelicht in termen van de gevolgen van de beperkingen voor de inzet van kraamzorg. Bij ieder indicatiemoment is aangegeven (met een kruisje in de tabel) welke factoren normaal gesproken relevant zijn om te betrekken in het oordeel over die situatie. Het indicatieprotocol kraamzorg voorziet erin om factoren tijdens de verschillende indicatiemomenten mee te wegen. Bijvoorbeeld omdat de gewenste of noodzakelijke informatie van belang bij het eerste indicatiemoment op dat moment nog niet beschikbaar is. In dat geval wordt deze factor tijdens het indicatiemoment bij start zorg of in de kraamperiode bij een wijzigende situatie alsnog meegewogen.

moment / Factoren	Tijdens zwangerschap	Start zorg	Kraam-periode
Omgevingsfactoren			
Onderdeel uitmakend van ander huishouden/inwonend	X		
Instabiele gezinssituatie	X	X	X
Zorgelijke gezinssituatie	X	X	X
Andere kinderen aanwezig (2 andere kinderen onder de 4 jaar of 3 andere kinderen onder de 6 jaar)	X	X	
Communicatiebarrière	X		
Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig:			
▪ *Eerste kind*		X	X
▪ *Aantal kinderen aanwezig < 4 jaar*		X	X
▪ *Gezinslid (kind) met een relevante handicap of ziekte*		X	X
Moederfactoren			
Kunstvoeding geven	X	X	
Niet fysiek zelfredzaam	X	X	X
Geestelijk onwelbevinden:			

moment / Factoren	Tijdens zwangerschap	Start zorg	Kraam-periode
▪ *Meer dan gewone onzekerheid/onevenwichtigheid*	X	X	X
▪ *Postpartum depressie/postpartum psychose na eerdere zwangerschap*	X	X	X
▪ *Psychiatrische aandoening*	X	X	X
(Dreigende) infectie		X	X
Ziekenhuisopname moeder		X	X
Kindfactoren			
Meerling	X	X	
Aangeboren afwijking	X	X	X
Verminderde conditie van het kind		X	X
Doodgeboren of overleden kind		X	X
Ziekenhuisopname kind		X	X
Moeder- of kindfactor			
Problemen met voeden bij moeder of kind		X	X
Gerelateerd aan kraamzorgsituatie			
Protocol voorziet niet	X	X	X

Tabel 5.1 Overzicht meer/minderfactoren en indicatiemomenten

5.4 OMVANG VAN DE MEER-/MINDERFACTOREN

Op basis van de (her)indicatie wordt een uitspraak gedaan over de aard en de omvang van de kraamzorg. In onderstaande tabel is de maximale omvang per dag, zo mogelijk in combinatie met een maximale duur, van de meer-/minderfactoren afgebeeld. De omvang van de kraamzorg is afhankelijk van de situatie, en blijft binnen de grenzen van het wettelijke kader voor kraamzorg[26].

[26] De zorgverzekeringswet omschrijft kraamzorg: minimaal 24 uur exclusief partusassistentie en maximaal 80 uur verdeeld over 10 dagen, inclusief partusassistentie.

Product / Factoren	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting, instructie en integratie kind in gezin	Observeren, signa leren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Omgevingsfactoren							
Onderdeel uitmakend van ander huishouden/inwonend					- ½ uur p/d		-1 uur p/d
Instabiele gezinssituatie	½ uur per dag			¼ uur p/d			½ uur p/d
Zorgelijke gezinssituatie	Uitbreiden van uren, zie toelichting						
Aanwezigheid andere kinderen: 2 andere kinderen onder 4 jaar of 3 andere kinderen onder de 6 jaar			½ uur per dag				
Communicatiebarrière			¼ uur p/d				
Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig:							
▪ *Eerste kind*							½ uur p/d
▪ *Aantal kinderen aanwezig jonger dan 4 jaar*						2 uur per dag tot en met dag 5	
▪ *Gezinslid (kind) met een relevante handicap of ziekte*						½ uur per dag	

Product / Factoren	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting, instructie en integratie kind in gezin	Observeren, signa leren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Moederfactoren							
Kunstvoeding geven	- ¼ uur p/d		- ¼ uur p/d				
Niet fysiek zelfredzaam	2 uur per dag tot een maximum van 10 uur						
Geestelijk onwelbevinden:							
▪ *Meer dan gewone onzekerheid onevenwichtigheid*	2 uur per dag, maximaal 3 dagen						
▪ *Psychiatrische aandoening*	2 uur per dag, maximaal 8 dagen						
▪ *Postpartum depressie/postpartum psychose na eerdere zwangerschap*	2 uur per dag, maximaal 8 dagen						
(Dreigende) infectie	1 1/3 uur per dag maximaal 3 dagen						
Ziekenhuisopname moeder	Aftrek van uren, zie toelichting						

Kindfactoren							
Meerling		2 uur per dag, maximaal 8 dagen					
Aangeboren afwijking	¾ uur per dag						
Verminderde conditie van het kind		½ uur per dag					
Doodgeboren of overleden kind		- ¾ uur p/d	- ¾ uur p/d				
Ziekenhuisopname kind	Aftrek van uren, zie toelichting						

Moeder- of kindfactor							
Problemen met voeden bij moeder of kind			1 uur per dag, maximaal 8 uur				

Gerelateerd aan kraamzorgsituatie	
Protocol voorziet niet	Aftrek/bijtellen van uren, zie toelichting

Tabel 5.2 Overzicht meer-/minderfactoren en de maximale omvang op basis van de tijdsbesteding in uren per deelproduct voor de gehele kraamperiode, met daar waar nodig een verbijzondering naar dagen.

5.5 TOELICHTING OP DE MEER-/MINDERFACTOREN

In deze paragraaf is een toelichting gegeven op de meer-/minderfactoren en de daarbij behorende omvang, gebaseerd op een kraambed van 8 dagen, gerekend vanaf de dag dat het kind is geboren.

5.5.1 OMGEVINGSFACTOREN

Product / Factoren	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting, instructie en integratie kind in gezin	Observeren, signalen, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Omgevingsfactoren							
Onderdeel uitmakend van ander huishouden/inwonend					- ½ uur p/d		- 1 uur p/d
Instabiele gezinssituatie	½ uur per dag			¼ uur p/d			½ uur p/d
Zorgelijke gezinssituatie	Uitbreiding van uren, zie toelichting						
Aanwezigheid andere kinderen: 2 andere kinderen onder 4 jaar of 3 andere kinderen onder de 6 jaar			½ uur per dag				
Communicatiebarrière			¼ uur p/d				
Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig:							
▪ *Eerste kind*							½ uur p/d
▪ *Aantal kinderen aanwezig jonger dan 4 jaar*						2 uur per dag tot en met dag 5	
▪ *Gezinslid (kind) met een relevante handicap of ziekte*						½ uur per dag	

Tabel 5.3 Overzicht meer-/minder omgevingsfactoren en de maximale omvang van de inzet tijdens de kraamperiode in uren, met daar waar nodig een verbijzondering naar dagen.

Onderdeel uitmakend van ander huishouden/inwonend

Het betreft de situatie waarin de toekomstige kraamvrouw onderdeel uitmaakt van een ander huishouden. Een ander is eindverantwoordelijk voor dit huishouden en zorgt voor het uitvoeren van een groot aantal huishoudelijke taken.

Er is bijvoorbeeld sprake van "onderdeel uitmakend van een ander huishouden" als de kraamvrouw bij haar ouders inwoont of tijdens de kraamperiode bij haar ouders verblijft en de ouders of één van de ouders (voornamelijk) het huishouden voert.

Instabiele gezinssituatie

In een instabiele gezinssituatie is de balans in het gezin tijdelijk verstoord. De draagkracht van het gezin is – op dit moment – niet groot genoeg om veranderingen op te kunnen vangen. Dit kan door verschillende factoren veroorzaakt worden.

Hierbij kan gedacht worden aan een recente scheiding van de partner en het recente overlijden van een naast familielid.

Zorgelijke gezinssituatie

In sommige gezinnen gaat het niet goed. Het opvoeden en opgroeien in het gezin kan voor het kind risico's met zich meebrengen, waardoor nu of later problemen ontstaan. De factoren die daaraan ten grondslag liggen kunnen heel divers van aard zijn. In de regel gaat het om een combinatie van meerdere factoren. Het gaat om die situaties waar de – combinatie van – signalen er op wijzen dat extra ondersteuning gewenst is bij de opvoeding van het kind/de kinderen.
De uitbreiding van uren is erop gericht om tot maximale ondersteuning van het gezin te komen. Dat betekent dat de verloskundige de mogelijkheid heeft de uren uit te breiden tot maximaal 80 uur, verdeeld over 10 dagen.

Hierbij kan gedacht worden aan[27] een baby die veel huilt of waarvan de ouders vinden dat het veel huilt; aan een moeder die het moeilijk vindt contact te leggen en te onderhouden met het de baby; een moeder met een verstandelijke beperking; geweld of ruzie in het gezin; streng straffen en schreeuwen tegen de andere kinderen in het gezin; een gezin in een sociaal isolement; financiële problemen in het gezin; onvoldoende/ontoereikende opvoedings-vaardigheden; negeren van één of meerdere kinderen; geen grenzen stellen;een OTS (onder toezichtstelling) van één van de andere kinderen; één van de ouders met een psychiatrisch ziektebeeld; overmatig gebruik van alcohol en/of drugs.
Een uitgebreide checklist is opgenomen in de bijlage.

Aanwezigheid andere kinderen: 2 andere kinderen onder de 4 jaar of 3 andere kinderen onder de 6 jaar

Wanneer in een gezin andere kinderen aanwezig zijn dan heeft de kraamverzorgenden tijdens haar werkzaamheden ook een taak in de richting van die kinderen, die ligt op het vlak van voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin.

[27] voorbeelden overgenomen uit TNO rapport: Preventie en Vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode, pagina 81.
september 2007

Zij geeft de andere kinderen tijdens haar aanwezigheid eten en drinken en indien aan de orde helpt zij hen bij de toiletgang.
Voorts is er aandacht voor integratie van het kind in het gezin, door de andere kinderen bij de zorg voor het nieuwe broertje of zusje te betrekken, door hen te laten kijken/helpen bij de dagelijkse bezigheden, zoals de badbeurt, het in bed stoppen en een schone luier geven.
Wanneer er één ander kind onder de 4 jaar aanwezig is, dan voorziet het Basispakket kraamzorg in deze zorg. Echter wanneer er 2 andere kinderen onder de 4 jaar of 3 andere kinderen onder 6 jaar aanwezig zijn dan is hiervoor extra tijd nodig.

Communicatiebarrière
Bij een communicatiebarrière gaat het om situaties waarin de communicatie tussen de kraamverzorgende en de kraamvrouw ernstig bemoeilijkt is. Onder andere activiteiten van het product "*Voorlichting en Instructie*" kosten meer tijd.

Een communicatiebarrière ontstaat bijvoorbeeld wanneer de toekomstige kraamvrouw de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheerst of de kraamvrouw doof of blind is.

Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig
Een toekomstige kraamvrouw is verantwoordelijk voor het organiseren van mantelzorg in haar eigen netwerk. Het is van belang dat de kraamvrouw een beroep kan doen op mantelzorg voor huishoudelijke taken, de zorg voor andere kinderen en de zorg voor een gezinslid met een relevante handicap of ziekte tijdens de kraamperiode.

Mantelzorg kan door de partner, een huisgenoot of iemand uit de directe sociale omgeving worden verzorgd. Met name in de eerste vijf dagen van het kraambed is het van belang dat de kraamvrouw voldoende rust kan nemen en geen lange perioden alleen thuis is.

Bij de indicatiestelling tijdens de zwangerschap is de afwezigheid van mantelzorg geen factor die op voorhand leidt tot inzet van kraamzorg. Wel is het van belang de toekomstige kraamvrouw op dat moment nadrukkelijk te wijzen op haar eigen verantwoordelijkheid om mantelzorg tijdens de kraamperiode te organiseren. Bij de uitwerking van het Basispakket kraamzorg is aangegeven, dat de kraamverzorgende enkele zorgtaken op zich kan nemen voor kinderen onder de 4 jaar, die passen in het gewone gezinspatroon en passen bij de activiteiten die de kraamverzorgende uitvoert. De toekomstige kraamvrouw dient zich ervan bewust te zijn dat er ook nog zorgtaken om aandacht vragen, die niet door de kraamverzorgende worden opgepakt tijdens de kraamperiode dan wel die relevant zijn als de kraamverzorgende weg is, bijvoorbeeld het halen en brengen van kinderen naar school of sport, het doen van de boodschappen, het verzorgen van huishoudelijke taken die vallen buiten de basis huishoudelijke taken waarvoor de kraamverzorgende zorgdraagt.
Inzet van meer uren kraamzorg tijdens de kraamperiode is alleen mogelijk wanneer de niet voorziene afwezigheid van mantelzorg tot problemen leidt en het niet mogelijk is alsnog mantelzorg te organiseren.

- ***Eerste kind***

Wanneer een zwangere vrouw haar eerste kind krijgt, zal de mantelzorg zich vooral richten op huishoudelijke taken. Wanneer er onvoorzien geen mantelzorg is, dit leidt tot problemen in het kraambed en het niet mogelijk is alsnog mantelzorg in te zetten, kan extra kraamzorg worden ingezet.

- ***Aantal aanwezige kinderen***

Bij de factor "aantal kinderen aanwezig" betreft het de kinderen die onderdeel uit maken van het kraamgezin. Het gaat hierbij om de kinderen onder de vier jaar. Kinderen onder de vier jaar zijn minder zelfredzaam dan kinderen boven de vier jaar. Zij vragen meer zorg en ondersteuning. Wanneer één of meerdere kinderen onder de vier jaar aanwezig zijn, mantelzorg onvoorzien niet aanwezig is en dit tot problemen leidt, kan tijdens de kraamperiode extra zorg worden ingezet.

- ***Gezinslid met een relevante handicap of ziekte***

Het betreft een handicap of ziekte van een gezinslid die van invloed is op de omvang van de taken en zorg van de kraamvrouw. Wanneer een zorgverlener en/of mantelzorg normaal gesproken deze taken op zich neemt, wordt dit in de kraamperiode gecontinueerd.

Ook de zorg voor een gezinslid met een relevante handicap of ziekte wordt door mantelzorg opgevangen. De kraamverzorgende neemt deze taken (geheel of gedeeltelijk) over wanneer die onvoorzien niet overgenomen kunnen worden door de mantelzorg, dit tot problemen leidt in het kraambed en de taken passen binnen de taken en bevoegdheden van de kraamverzorgende. In andere gevallen zal tijdens de intake hiervoor aandacht zijn en zal een passende doorverwijzing moeten plaatsvinden naar een andere zorgaanbieder.

5.5.2 MOEDERFACTOREN

Product / Factoren	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting, instructie en integratie kind	Observeren, signaleren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Moederfactoren							
Kunstvoeding geven	- ¼ uur p/d		- ¼ uur p/d				
Niet fysiek zelfredzaam	2 uur per dag tot een maximum van 10 uur						
Geestelijk onwelbevinden:							
▪ *Meer dan gewone onzekerheid/onevenwichtigheid*	2 uur per dag, maximaal 3 dagen						

Factoren \ Product	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting, instructie en integratie kind	Observeren, signaleren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
▪ *Psychiatrische aandoening*	2 uur per dag, maximaal 8 dagen						
▪ *Postpartum depressie/postpartum psychose na eerdere zwangerschap*	2 uur per dag, maximaal 8 dagen						
(Dreigende) infectie	1 1/3 uur p/d maxi-maal 3 dagen						
Ziekenhuisopname moeder	Aftrek uren, zie toelichting						

Tabel 5.4 Overzicht meer-/minder moederfactoren en de maximale omvang van de inzet tijdens de kraamperiode in uren, met daar waar nodig een verbijzondering naar dagen.

Kunstvoeding geven

Het gaat hierbij om de situatie waarin de (aanstaande) kraamvrouw ervoor heeft gekozen, dan wel genoodzaakt is (om welke reden dan ook) kunstvoeding aan haar kind te geven. Dit kan tijdens de zwangerschap en direct na de bevalling zijn.
Zoals in hoofdstuk 3, paragraaf 3.1 is aangegeven is het Basispakket kraamzorg zodanig samengesteld dat de zorg voor borstvoeding integraal onderdeel uitmaakt van dit Basispakket kraamzorg.

Het begeleiden van een kraamvrouw en haar kind bij borstvoeding kost meer tijd dan de begeleiding en ondersteuning bij kunstvoeding. Wanneer de moeder kunstvoeding zal geven, worden uren op het Basispakket kraamzorg in mindering gebracht.

Wanneer bij de intake tijdens de zwangerschap de toekomstige kraamvrouw haar keuze nog niet heeft gemaakt, zal de intaker de vrouw informeren over de voor- en nadelen van borst- en kunstvoeding. Voor het doen van een uitspraak over de omvang van kraamzorg zal de intaker uitgaan van de situatie 'kunstvoeding geven' en wanneer het Basispakket kraamzorg een passend kraamzorgpakket is, uitkomen op 45 uur. In de weken tot de bevalling en ook nog kort na de bevalling kan de kraamvrouw alsnog besluiten om borstvoeding te gaan geven. In die situatie kunnen de afgetrokken uren voor het geven van kunstvoeding ongedaan worden gemaakt.

De andere situatie kan zich ook voordoen, namelijk dat de toekomstige kraamvrouw heeft gekozen voor borstvoeding, maar direct na de geboorte besluit daarvan toch af te zien. Op dat moment zal de factor 'kunstvoeding geven' toegepast worden en vindt aftrek van uren plaats.

Niet fysieke zelfredzaam door immobiliteit of conditieproblemen

Allerlei oorzaken kunnen er toe leiden dat de kraamvrouw niet fysiek zelfredzaam is. Het kan hierbij om aandoeningen gaan die al voor de zwangerschap bestonden. Maar ook tijdens of na de bevalling kunnen problemen ontstaan waardoor de kraamvrouw niet fysiek zelfredzaam is. Heel nadrukkelijk geldt dat niet een medische diagnose zondermeer de aanleiding is, om tot indicatie van deze meerfactor te komen. Steeds gaat het erom dat de afweging plaats vindt wat voor gevolgen heeft deze diagnose voor de zelfredzaamheid van de kraamvrouw. En vervolgens wat zijn daarvan dan de gevolgen voor de inzet van kraamzorg tijdens het kraambed.

Voor de zwangerschap:
Er kan gedacht worden aan bijvoorbeeld reuma, spasme of een lichamelijke handicap.

Na de bevalling.
Het gaat om de situaties waarin na de bevalling bedrust is voorgeschreven door de verloskundige of de huisarts.

Geestelijk onwelbevinden

Door allerlei oorzaken kan het geestelijk welbevinden van de (toekomstige) kraamvrouw verstoord zijn.

Wanneer van geestelijk onwelbevinden sprake is, kan mogelijk één van de onderstaande factoren een rol spelen. In deze situaties vraagt dit van de kraamverzorgende meer verzorging en controle van de moeder en meer overname en/of begeleiding bij de verzorging en controle van de baby en voorlichting en instructie. De extra tijd die volgens protocol ingezet kan worden zal niet altijd voldoende zijn. Het is, in die situaties, tijd ter overbrugging tot andere meer passende vormen van zorg kunnen worden ingezet.
Om een indruk te krijgen om welke situaties het gaat, is per situatie een toelichting gegeven.

- ***Meer dan gewone onzekerheid/onevenwichtigheid***

Er is sprake van meer dan gewone onzekerheid wanneer de kraamvrouw door haar onzekerheid de instructies niet goed in zich op kan nemen en er meerdere herhalingen van informatie, bevestiging en extra voorbeeldgedrag noodzakelijk is. De kraamverzorgende heeft extra tijd nodig om de kraamvrouw wat zelfvertrouwen te kunnen laten opbouwen. Dit is tevens een aandachtspunt voor de overdracht naar de Jeugdgezondheidszorg.

Meer dan gewone emotionele onevenwichtigheid van de moeder kan zich uiten in geen contact maken met het kindje of geen passende reactie geven op het kind en/of de omgeving. Het gaat hierbij niet om de gewone kraamtranen.

- ***Psychiatrische aandoening***

Wanneer de (toekomstige) kraamvrouw bekend is met een psychiatrische aandoening (diagnose gesteld door een arts) is het van belang dit voor de bevalling te weten. Grote veranderingen zoals de geboorte van een kind kunnen leiden tot decompensatie. In het kraambed is, in deze situatie, rust en stabiliteit van groot belang.

- ***Postpartum depressie/postpartum psychose na (eerdere) zwangerschap***

Wanneer een vrouw eerder een postpartum depressie/postpartum psychose heeft gehad, is kans op herhaling aanwezig. Het gaat hierbij om de postpartum depressie/postpartum psychose waarvoor professionele behandeling heeft plaatsgevonden, op basis van de gestelde diagnose door huisarts/psychiater. In deze situatie is rust, goede en regelmatige voeding en stabiliteit in het kraambed van belang om een eventuele herhaling van de postpartum depressie/postpartum psychose te voorkomen. Zo krijgt de kraamvrouw een goede start. Dit is overigens ook van toepassing wanneer de vrouw in het kraambed voor het eerst een postpartum depressie/postpartum psychose ontwikkeld.

Om een goede inschatting te maken van de benodigde inzet van (kraam)zorg tijdens de kraamperiode kan – in de intakefase – overleg met de verloskundige en/of huisarts wenselijk zijn. In deze situatie kan het nodig zijn een combinatie van kraamzorg (Basispakket kraamzorg en Kraamzorg op maat) en bijvoorbeeld gespecialiseerde verzorging (thuiszorg) in te zetten.

(Dreigende) infectie

Een (dreigende) infectie leidt tot extra controle van de kraamvrouw. Een temperatuur hoger dan 38°C kan een uiting van een infectie zijn. Bij een dreigende infectie hoeft echter geen sprake te zijn van een verhoogde temperatuur.
De volgens protocol geïndiceerde uren worden in een periode van drie dagen ingezet. Na deze periode is normaal gesproken de infectie of het gevaar van een infectie zo goed als voorbij.

Ziekenhuisopname moeder

Wanneer de kraamvrouw tijdens de kraamperiode wordt opgenomen in het ziekenhuis, wordt de inzet van kraamzorg heroverwogen. De inzet van kraamzorg is gericht op de zorg voor het kind en de continuïteit van de gezinssituatie thuis in de periode dat de kraamvrouw is opgenomen. De producten en activiteiten die direct gerelateerd zijn aan de verzorging van de kraamvrouw worden niet uitgevoerd en het aantal uur dat daarvoor staat wordt in ieder geval in mindering gebracht op de omvang van de kraamzorg.
De producten en activiteiten die gericht zijn op de zorg voor het kind (zoals controles, zorg voor voeding, integratie in het gezin), de hygiëne en het huishouden worden in overleg tussen gezin, verloskundige en kraamverzorgende vastgesteld.

5.5.3 KINDFACTOREN

Factoren \ Product	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting en instructie	Observeren, signaleren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Kindfactoren							
Meerling		2 uur per dag maximaal 8 dagen					
Aangeboren afwijking	¾ uur per dag						
Verminderde conditie van het kind		½ uur per dag					
Doodgeboren of overleden kind		- ¾ uur p/d	- ¾ uur p/d				
Ziekenhuisopname kind	Aftrek van uren, zie toelichting						

Tabel 5.5 Overzicht meer-/minder kindfactoren en de maximale omvang van de inzet tijdens de kraamperiode in uren.

Meerling

De toekomstige kraamvrouw is zwanger van tweeling of meerling. Tijdens de dagen dat de baby's thuis zijn, kan per dag maximaal 2 uur kraamzorg extra worden ingezet. Afhankelijk van de situatie kan bij een meerling kraamzorg op de negende en tiende dag worden overwogen.

Aangeboren afwijking

Wanneer een kind een aangeboren afwijking heeft, kan dit van de kraamverzorgende psychosociale zorg voor de moeder en het gezin vragen. In die situaties kan hiervoor extra kraamzorg worden ingezet. Het gaat hierbij onder andere om aandacht voor de acceptatie van het kind door de ouders en de introductie van het kind in het gezin. Ook is het van belang dat er rust in het kraambed is. Daarnaast kan ook heel praktische zorg en instructie in het omgaan en de verzorging van het kind nodig zijn.

Bij aangeboren afwijkingen kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een open gehemelte, syndroom van Down, een klompvoetje, enzovoort.

Verminderde conditie van het kind

Wanneer de conditie van het kind niet optimaal is vraagt dit om extra controle van het kind, die de gewone controles te boven gaan.

De conditie van het kind kan worden beïnvloed door bijvoorbeeld de (pre-, dys-)maturiteit van het kind bij de geboorte, een hoog bilirubinegehalte (geel zien), problemen met het regelen van de temperatuur, enzovoort.

Doodgeboren of overleden kind

Het kind is vlak voor, tijdens of kort na de bevalling overleden. Het protocol voorziet erin dat de kraamvrouw een beroep kan doen op kraamzorg wanneer het kind in de baarmoeder is overleden, dan wel tijdens de bevalling of kort daarna overlijdt, na een zwangerschapsduur van 24 weken tot een voldragen zwangerschap. Kraamzorg zal zich vooral richten op verzorging en controle van de kraamvrouw; ondersteunen in het verlies van het kind; voorlichting en instructie; overnemen van een aantal huishoudelijke taken/hygiëne taken; verzorging en opvang huisgenoten.
In principe wordt het Basispakket kraamzorg geleverd, waarbij de uren verzorging van het kind (7 uur) en uren voorlichting en instructie ten aanzien van het kind (6 uur, zie hoofdstuk 2) in mindering zijn gebracht.

In bijzondere situaties kan op verzoek van de kraamvrouw en ter beoordeling van de verloskundige, in overleg met de kraamzorgaanbieder ook kraamzorg geboden worden bij een onderbroken zwangerschap vanaf 18 weken. De omvang van de kraamzorg zal in de regel beperkt zijn tot een inzet van 2 uur per dag, gedurende 4 dagen. Het uitgangspunt hierbij is dat de benodigde kraamzorg past binnen de taken en bevoegdheden van de kraamverzorgende.

Ziekenhuisopname kind

Wanneer een kind tijdens de kraamperiode wordt opgenomen in het ziekenhuis, wordt de inzet van kraamzorg heroverwogen. De inzet van kraamzorg is gericht op de zorg voor de kraamvrouw en de continuïteit van de gezinssituatie thuis in de periode dat het kind is opgenomen.
De producten en activiteiten die direct gerelateerd zijn aan de verzorging van het kind worden niet uitgevoerd en het aantal uur dat daarvoor staat wordt in ieder geval in mindering gebracht op de omvang van de kraamzorg.
De producten en activiteiten die gericht zijn op de zorg voor de kraamvrouw (zoals controles, zorg voor borstvoeding/ondersteuning bij kolven e.d.), de hygiëne en het huishouden worden in overleg tussen kraamvrouw, verloskundige en kraamverzorgende vastgesteld.

5.5.4 MOEDER- OF KINDFACTOR

Factoren \ Product	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting en instructie	Observeren, signa leren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Moeder- of kindfactor							
Problemen met voeden bij moeder of kind			1 uur per dag, maxi-maal 8 uur				

Tabel 5.6. Overzicht meer/-minder moeder en kindfactor en de maximale omvang van de inzet tijdens de kraamperiode in uren.

Problemen bij het voeden bij moeder of kind

Problemen met voeden kunnen zowel bij borst- als flesvoeding optreden. Het gaat bij deze factor niet om de gewone problemen die ook binnen het Basispakket kraamzorg opgevangen kunnen worden. Problemen bij het voeden vragen van de kraamverzorgende extra voorlichting en instructie en afhankelijk van de situatie extra verzorging en controle van de kraamvrouw en/of het kind.

Hierbij kan gedacht worden aan kinderen die de borst weigeren, situaties waarin de borst-voeding op gang moet worden gebracht door middel van kolven, cupfeeding en dergelijke.

5.5.5 FACTOR GERELATEERD AAN KRAAMSITUATIE

Factoren \ Product	Verzorging en controle kraamvrouw	Verzorging en controle kind	Voorlichting en instructie	Observeren, signa leren, rapporteren	Waarborgen hygiëne	Verzorging en/of opvang huisgenoten	Huishoudelijke taken
Gerelateerd aan kraamzorgsituatie							
Protocol voorziet niet	Aftrek- bijtellen van uren, zie toelichting						

Tabel 5.7. Overzicht meer/-minder factor gerelateerd aan kraamzorgsituatie en de maximale omvang van de inzet tijdens de kraamperiode in uren.

Protocol voorziet niet

In het protocol is de mogelijkheid opgenomen om de factor "protocol voorziet niet" te gebruiken in die situaties die zo uitzonderlijk zijn dat een algemene beschrijving niet mogelijk is.

Ook hier en zeker bij deze factor geldt dat de verloskundige – in overleg met de kraamverzorgende – duidelijk dient te maken wat er aan de hand is en wat daarvan de gevolgen zijn voor de kraamzorg. De verloskundige zal op basis daarvan een advies uitbrengen over welke activiteiten extra aandacht vragen en wat daarvoor de inzet van de kraamverzorgende zou kunnen zijn. Vanuit de kraamzorgorganisatie kan dan een passende inzet worden gedaan.

Te denken valt aan het overlijden van de moeder. Dan is contact met de zorgverzekeraar in ieder geval ook belangrijk, i.v.m. het zorgdragen voor een goede financiële afwikkeling. Een ander voorbeeld is een uit huisplaatsing van het kind.

BETROKKENEN BIJLAGE 1

LEDEN STUURGROEP INDICATIESTELLING KRAAMZORG 2006 – 2007, LIP VERSIE 3

Organisatie	Leden	Functie
Branchebelang Thuiszorg Nederland	Mevrouw D. van Langerak	Beleidsmedewerker BTN
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	Mevrouw S. Jans Mevrouw F. Cadee	Senior beleidsmedewerkers
ActiZ	Mevrouw S. Bruijns Mevrouw C. Jessen	Senior beleidsmedewerker/-beleidmedewerker jeugd
Sting - beroepsvereniging van de verzorging	Mevrouw B. Albers	Directeur
Landelijke vereniging georganiseerde eerstelijn (LVG)	Mevrouw A. Kruger	Beleidsmedewerker
Zorgverzekeraars Nederland	De heer J. Bakker	Beleidsmedewerker afd. Zorg
CC Zorgadviseurs	Mevrouw M. Veenvliet Mevrouw C. Piqué Mevrouw A. Leys	Programmamanager Adviseur Communicatieadviseur
Toehoorder: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Mevrouw C. Alberda Mevrouw I. Zuiderwijk	Beleidsambtenaar Beleidsambtenaar

LEDEN EXPERTWERKGROEP INDICATIESTELLING KRAAMZORG 2006 – 2007: LIP VERSIE 3

Naam	Functie
Vanuit kraamzorgorganisaties namens Actiz en BTN en vanuit de beroepsgroep kraamverzorgenden namens Sting	
Mevrouw C.C. Cats-Thole	Directeur, ICARE kraamzorg
Mevrouw A. Joostink	Manager kraamzorg, Naviva Kraamzorg
Mevrouw C. Kasbergen	Algemeen directeur, Flexicare Holding
Vanuit de verloskundigen	
Mevrouw N. van der Laan	Verloskundige
Mevrouw G. Visser	Verloskundige
Vanuit de verzekeraars	
Mevrouw J. Kasdorp	Adviseur geboortezorg, VGZ – IZA – Trias - Univé
Mevrouw A. Maas	Zorginkoper: divisie geboortezorg
Vanuit het expertisegebied preventie en vroegsignalering van risicogezinnen	
Mevrouw D. Kersten	Opleidingsadviseur/trainer KerstenvandePol
Mevrouw B. Olberz-Ros	Kraamverzorgende Naviva Kraamzorg
Mevrouw R. Vink	Onderzoeker TNO
Projectleiding	
Mevrouw M. Veenvliet	CC Zorgadviseurs

EEN NORMALE BEVALLING BIJLAGE 2

Onder een normale baring[28] wordt verstaan:
"Die baring die na 37 weken[29] en voor de 294e dag[30] spontaan begint met een latente fase van ongeveer 10 uur en een actieve fase van 7-12 uur. De gemiddelde uitdrijvingsduur is voor de primi-[31] en multipara[32] respectievelijk 60 en 20 minuten. Placenta en vliezen volgen spontaan na ongeveer 20 minuten.
Het is gebruikelijk dat tot 2 uur na de geboorte van de placenta, de algemene toestand, uteruscontracties en het bloedverlies van de vrouw regelmatig worden gecontroleerd. Als alles dan normaal is, kan inderdaad van een normale baring worden gesproken."[33]

Bij de normale baring is onderscheid gemaakt in vier tijdperken/fases, te weten: de ontsluiting (bestaande uit de latente en de actieve fase), de uitdrijving, het nageboortetijdperk en het postplacentair tijdperk.

Uit onderzoeken is gebleken dat voor elke fase een bepaalde tijdsduur is aan te geven en dat na die bepaalde tijdsduur géén spontaan verloop van de bevalling meer is te verwachten. Hierbij is onderscheid gemaakt in primi- en multipara. Tot die maximale tijdsduur kan de bevalling thuis plaatsvinden, uiteraard onder de voorwaarde dat de conditie van de barende vrouw en het ongeboren kind goed zijn. Duurt de bevalling langer, dan is het gebruikelijk de vrouw te verwijzen naar de tweede lijn.

De uitdrijving	
Primipara:	na 120 minuten actief persen is de kans op een (alsnog) spontane geboorte van het kind gering
Multipara:	na 60 minuten actief persen is de kans op een (alsnog) spontane geboorte van het kind gering
Het nageboortetijdperk	
Primi- en multipara: placenta	na 60 minuten is de kans op een (alsnog) spontane geboorte van de en vliezen gering

28 baring = bevalling
29 37 weken gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, de periode van amenorroe.
30 294ste dag gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (amenorroe).
31 Primipara: vrouw die voor het eerst een kind baart.
32 Multipara: zwangere vrouw die al één of meer kinderen heeft gebaard.
33 Uit notitie KNOV: Onderbouwing duur partusassistentie door kraamverzorgende. Bron: M,J. Heineman, O.P. Bleker, J.L.H. Evers, A. Heintz. Obstetrie en gynaecologie; de voortplanting van de mens. Elsevier gezondheidszorg, 2004 (pagina 264 en 284).

DE INTAKE BIJLAGE 3

Het stellen van een indicatie kraamzorg middels:
- huisbezoek
- telefonische intake

De indicatie tijdens de intake wordt gesteld door een intaker/beroepsbeoefenaar die daartoe bekwaam is. De intaker stelt op basis van de vraagverheldering en analyse van de situatie de zorgbehoefte vast. Daarna wordt de zorgbehoefte vertaald in een passend aanbod kraamzorg conform het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg.

De kraamzorgorganisatie neemt uiterlijk in de 7e maand van de zwangerschap contact op met de a.s. kraamvrouw om een afspraak te maken voor een intake.

En intake aan huis wordt gehouden in de volgende situaties:
1. De vrouw is zwanger van haar eerste kind
2. De voertaal in het gezin is niet Nederlands
3. De vrouw heeft last van bekkeninstabiliteit (Indien nodig: tijdig thuiszorg aanvragen)
4. Er is sprake van een belaste verloskundige anamnese
5. De vrouw maakt een gecompliceerde zwangerschap door
6. De vrouw is in verwachting van een meerling (alleen op uitdrukkelijk verzoek van cliënte).
7. De vrouw is bekend met misbruik van alcohol, drugs of medicijnen
8. De vrouw is bekend met een postpartum depressie/postpartum psychose in anamnese
9. Psychische problemen binnen het gezin
10. Specifieke bijzonderheden met betrekking tot kinderen jonger dan 4 jaar
11. De vrouw is zwanger van een baby met een zodanige afwijking, die extra zorg vraagt zodat wellicht deskundige hulp tijdens de kraamperiode ingezet moet worden
12. Een eerder kindje is overleden

Een huisbezoek kan ook plaatsvinden op uitdrukkelijk verzoek van de verloskundige, huisarts of jeugdverpleegkundige (JGZ).

Wanneer geen intake aan huis is gehouden, vindt een telefonische intake plaats.

SIGNALEN VOOR VROEGSIGNALERING BIJLAGE 4

Deze signalen kunnen de kraamverzorgenden gebruiken om handen en voeten te geven aan een 'niet pluis gevoel' dat zij kunnen hebben in een gezin. De signalen zijn overgenomen uit het TNO rapport, Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de kraamperiode. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal in 2008 een scholing voor kraamverzorgenden en verloskundigen ontwikkeld worden om vanuit een gemeenschappelijk referentiekader risicogezinnen te herkennen, daarin samen te werken zodat het kan bijdragen aan een passende opvoedingsondersteuning voor die gezinnen.

Signalen:

1. Baby
   - Baby huilt veel of de ouders vinden dat de baby veel huilt.
     Geef hierbij aan hoeveel uur per dag de baby huilt.

2. Moeder
   - Moeder lijkt zich ongelukkig te voelen/zich niet goed in haar vel te voelen.
   - Moeder laat merken dat ze het niet goed aan kan.
   - Problemen in het contact met de baby, bijvoorbeeld:
     - moeder maakt geen oogcontact met de baby;
     - moeder zegt geen bemoedigende woorden tegen de baby;
     - moeder houdt de baby niet graag vast.
   - Moeder heeft een afkeer van de verzorging van de baby.
   - Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby.
   - Moeder lijkt niet van de baby te genieten.

3. Andere (eigen) kinderen
   - Ander kind is onverzorgd (niet aangekleed, krijgt onvoldoende eten, enz.).
   - Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder begeleiding.
   - Strenge straffen (zoals slaan, opsluiting).
   - Ouders schreeuwen veel tegen kinderen.
   - Blauwe plekken of andere verwondingen bij een kind.
   - Ander kind trekt meer naar kraamverzorgende toe dan naar de ouders.
   - Ouders stellen weinig grenzen en geven weinig structuur aan kinderen.

4. Gezinssituatie
   - Ouders blijven zeggen dat ze teleurgesteld zijn over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is.
   - Alcohol- of drugsmisbruik in het gezin.
   - Vader heeft de neiging van slag te raken en boos te worden.
   - Geweld of ruzie tussen ouders.
   - Er is niet veel steun van de partner.
   - Ik voel me niet prettig in dit gezin.

- Ouders hebben een vijandige houding naar de kraamverzorgende toe.

5. Woon-/leefsituatie
   - De communicatie met de moeder verloopt moeizaam.
   - Gezin heeft weinig steun van familie en vrienden.

6. Overige
   - Hier kun je iets opschrijven wat niet onder de andere kopjes past maar wat je wel belangrijk vindt om door te geven.

Uit: Horen, Zien en Zwijgplicht?
Wegwijzer huiselijk geweld en beroepsgeheim
(MOVISIE, 2007)

De brochure is te downloaden via www.huiselijkgeweld.nl - publicaties - brochures.

Hoofdstuk 2, Beroep op overmacht (conflict van plichten), *pagina 8*
Hulpverleners die zich willen beroepen op het conflict van plichten, dienen de onderstaande vijf stappen te doorlopen. Zij moeten hun overwegingen in het dossier van hun cliënt opnemen. Bij twijfel kunnen zij hun beslissing altijd met een leidinggevende (of een collega, indien de beroepskracht geen leidinggevende heeft) bespreken.

1. Welk doel wil ik bereiken met het verstrekken van informatie?
2. Kan dit doel ook bereikt worden zonder dat ik informatie aan een ander verstrek?
3. Heb ik alles gedaan om toestemming van de cliënt te krijgen? Zo niet, waarom was dit niet mogelijk?
4. Weegt de schade die ik voor de cliënt wil voorkomen, op tegen het belang dat de cliënt heeft bij geheimhouding?
5. Wordt de geheimhoudingsplicht zo min mogelijk geschonden? Het is belangrijk dat u alleen díe informatie uitwisselt, die de ander nodig heeft om het belang van de cliënt te dienen en het gevaar af te wenden. Verstrek geen informatie die hiervoor niet ter zake doet.

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
						De verloskundige/huisarts informeert de klant over noodzaak en mogelijkheden van kraamzorg en de wijze waarop de toekomstige kraamvrouw in aanmerking kan komen voor kraamzorg.
Binnenkomst hulpvraag (BH)		(BHa1) De klant meldt zich aan bij de verzekeraar of een callcenter voor aanvraag van kraamzorg. (BHa2) De klant krijgt (telefonisch) informatie over kraamzorg en over de voorwaarden waaronder de verzekeraar de kraamzorg vergoedt. De zorgverzekeraar geeft de klant de mogelijkheid te kiezen uit verschillende kraamzorgaanbieders, waar de verzekeraar een contract mee heeft gesloten. (BHa3) Op basis van de keuze van de klant geeft de zorgverzekeraar de informatie over de klant, t.a.v. de zwangerschap en de uitgerekende datum door aan de betreffende kraamzorgaanbieder. (BHb1) De verzekeraar neemt contact op met de kraamzorgaanbieder die door de klant is genoemd en levert de reeds vastgelegde gegevens over de klant aan.		(BHa4) De klant meldt zich direct aan bij de kraamzorgaanbieder. De kraamzorgaanbieder noteert gegevens (volgens HBa3) en gaat bij klant of verzekeraar na welke polisvoorwaarden er zijn voor levering bij deze klant.		

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
				(BHc1) De kraamzorgaanbieder stuurt een brief bevestiging inschrijving en de leveringsvoorwaarden naar de klant. Met de klant wordt de afspraak gemaakt dat in de zevende maand het intakegesprek wordt gepland.		
De intake (I)				(Ia1) de intaker neemt contact op met de klant Er wordt een intake-huisbezoek gepland of er volgt een telefonische intake. Uiterlijk in week 36 heeft de intake plaatsgevonden. De relevante omgevingsfactoren, moeder- en kindfactoren worden doorgenomen. Een huisbezoek vindt – conform de Basiskwaliteitseisen – plaats bij de onderscheiden doelgroepen. Indien nodig neemt de intaker – met toestemming van de a.s. kraamvrouw – voor aanvullende informatie contact op met huisarts of verloskundige/huisarts.		(Ia2) Verloskundige/huisarts levert relevante medische informatie die nodig is om de zorgbehoefte vast te stellen.
Vaststellen zorgbehoefte (VZ)				(VZa1) De intaker stelt op basis van het gesprek met de klant, de eigen observaties en de aanvullende informatie van huisarts en/of verloskundige de zorgbehoefte vast. Hierbij maakt de intaker gebruik van het wegingskader voor het vaststellen van de zorgbehoefte (VZ)		

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
Formuleren aanbod (FA)		(FAc1) Eventueel legt de zorgverzekeraar gegevens kraamzorgpakket vast in dossier van klant.		(FAa1) De intaker formuleert de aard, inhoud en omvang van het kraamzorgpakket dat in de situatie van de klant het meest is aangewezen. Hierbij maakt de intaker gebruik van het wegingskader voor het formuleren van het aanbod (FA). (FAb1) De intaker legt de gegevens vast en informeert de klant en eventueel de zorgverzekeraar over de gestelde indicatie..		
Zorglevering				Inzet kraamzorg na melding van klant of verloskundige/huisarts		
Herindicatie kraamzorg: start zorg (HKS)						(HKSa1) De verloskundige/huisarts beoordeelt – op het meest geëigende moment – kort na de bevalling: de situatie van de kraamvrouw, het kind en de omgeving. Daarbij maakt de verloskundige/huisarts gebruik van het overzicht meer/minderfactoren. De verloskundige/huisarts overlegt over de situatie met de kraamverzorgende. (HKSb1) De verloskundige/huisarts stelt op basis van het gesprek met de klant en de kraamverzorgende en de eigen observaties de medische diagnose.

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
						(HKSc1) De verloskundige/huisarts stelt op basis van de situatie van de klant het behandelplan bij. Deze bevindingen legt de verloskundige/-huisarts vast in het kraamdossier en ondertekent dit. Deze diagnose laat zich vertalen in – een mogelijk veranderde – zorgbehoefte. Hierbij maakt de verloskundige/huisarts gebruik van het wegingskader voor het vaststellen van de zorgbehoefte (VZ). (HKSe1) De verloskundige/huisarts geeft op basis van de diagnose en de vastgestelde zorgbehoefte een advies over de gewenste wijzigingen in de aard en omvang van de kraamzorg.
				De kraamzorgaanbieder stelt – op basis van de veranderingen in de zorgbehoefte – de aard, inhoud en omvang van het kraamzorgpakket dat in de situatie van de klant het meest is aangewezen, vast. Dit kan hetzelfde zijn als eerder geïndiceerd, het kan meer of minder zorg betreffen. Hierbij maakt de kraamzorgaanbieder gebruik van het wegingskader voor het formuleren van het aanbod (FA). (HKSf1) de kraamzorgaanbieder toetst de herindicatie en legt de gegevens vast in het kraamzorgdossier van de klant. (HKSg1) De kraamzorgaanbieder draagt zorg voor aanpassing in de zorginzet. (HKSh1) De kraamzorgaanbieder informeert klant en eventueel zorgverzekeraar over wijziging inzet.		

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
		(HKBi1) De zorgverzekeraar legt eventueel gegevens kraamzorgarrangement vast in dossier van klant.				
Herindicatie kraamzorg: kraambed (HKK)						(HKKa1) De verloskundige/huisarts beoordeelt – op het meest geëigende moment – de situatie van de kraamvrouw, het kind en de omgeving. Daarbij maakt de verloskundige/huisarts gebruik van het overzicht meer/minderfactoren. De verloskundige/huisarts overlegt over de situatie met de kraamverzorgende. (HKK1) De verloskundige/huisarts stelt op basis van het gesprek met de klant en de kraamverzorgende en de eigen observaties de diagnose. (HKKc1) De verloskundige/huisarts stelt op basis van de situatie van de klant het behandelplan bij. Deze bevindingen legt de verloskundige/-huisarts vast in het kraamdossier en ondertekent dit. Deze diagnose laat zich vertalen in – een mogelijk veranderde – zorgbehoefte.

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
						Hierbij maakt de verloskundige/-huisarts gebruik van het wegingskader voor het vaststellen van de zorgbehoefte (VZ). (HKKe1) Op basis van de diagnose en de vastgestelde zorgbehoefte adviseert de verloskundige/huisarts de kraamzorgaanbieder over de gewenste wijzigingen in de aard en omvang van de kraamzorg.
		(HKKi1) De zorgverzekeraar eventueel legt gegevens kraamzorgarrangement vast in dossier van klant.		(HKKe1) De kraamverzorgende informeert de kraamzorgaanbieder over de gestelde indicatie en geeft advies over eventuele wijzigingen in de kraamzorg (HKKf 1) De kraamzorgaanbieder toetst de herindicatie en legt de gegevens vast in het administratieve dossier van de klant. (HKKg1) De kraamzorgaanbieder draagt zorg voor aanpassing in de zorginzet. (HKKh1) De kraamzorgaanbieder informeert klant en eventueel de zorgverzekeraar over wijziging inzet.		
Afsluiten kraamzorg (AK)				(AKa1) De kraamverzorgende sluit de kraamzorg af door middel van een gesprek met de kraamvrouw/het kraamgezin. Bijzonderheden worden vastgelegd in de overdracht aan JGZ (AKb1) De kraamzorgaanbieder stuurt factuur naar zorgverzekeraar voor het totaal aantal uren kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg in het kraambed.		(AKa2) De verloskundige/huisarts sluit de kraamzorg af door middel van een gesprek. Bijzonderheden worden vastgelegd in overdracht aan huisarts/behandelaar en JGZ.

Processtap		Zorgverzekeraar		Kraamzorgaanbieder		Verloskundige/huisarts
		(AKd1) De zorgverzekeraar vergoedt de factuur op basis van de geleverde uren kraamzorg. (AKe1) Zorgverzekeraar toetst de gestelde indicaties aan de uitgangspunten van het protocol en de wijze waarop de afwegingscriteria zijn gehanteerd.		(AKc1) De kraamzorgaanbieder stuurt factuur voor inning eigen bijdrage kraamzorg naar 1. de klant of 2. de zorgverzekeraar (AKf1) De kraamzorgaanbieder overlegt/bespreekt periodiek met de zorgverzekeraar de resultaten uit de toetsing (AKe1).		
Overdracht kraamzorg				(OK1) De kraamzorgaanbieder zorgt voor een overdracht naar JGZ. Indien mogelijk heeft hiervoor afstemming met de verloskundige plaats gevonden. Voor het overdragen van de informatie vraagt de kraamzorgaanbieder toestemming aan de cliënt. Indien er sprake is van een situatie van 'beroep op overmacht (conflict van plichten)', dan draagt de kraamzorgaanbieder zorg voor het volgen van het 5 stappenplan en legt dit in het kraamzorgdossier vast.		(OK2) Ook de verloskundige zorgt voor een overdracht naar de JGZ. Indien mogelijk is deze overdracht afgestemd met de kraamzorgaanbieder. De verloskundige vraagt voor het overdragen van de informatie toestemming aan de cliënt. Indien er sprake is van een situatie van 'beroep op overmacht (conflict van plichten)', dan draagt de kraamzorgaanbieder zorg voor het volgen van het 5 stappenplan en legt dit in het kraamzorgdossier vast.