



Visiedocument Kraamzorg

Kraamzorg verzekerd van een goede toekomst
Rol en positionering van de kraamverzorgende
in de geboortezorg keten

Dit document is gemaakt in opdracht van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ)

© 2015, Kenniscentrum Kraamzorg

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enig andere wijze zonder voorafgaande toestemming van het KCKZ

Auteur:
Drs. W.E. Deen MSc.

Partners in gezondheidszorg
Postbus 404
2130 AK Hoofddorp

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Inleiding en samenvatting	5
1. Beschrijving van de markt	7
1.1 Definitie geboortezorg	7
1.2 Kraamzorg onderdeel van de geboorteketen	7
1.3 Wettelijke context	8
1.4 Inhoud kraamzorg	9
1.5 Omvang kraamzorg	10
2. Trends en ontwikkelingen	11
2.1 Omvang doelgroep	11
2.2 Trends en ontwikkelingen cliënten	12
2.3 Trends en ontwikkelingen geboortezorg	13
2.4 Trends en ontwikkelingen beroepsgroep	16
2.5 Trends en ontwikkelingen kwaliteit	17
2.6 Ontwikkelingen opleidingen	18
3. Zorg van de toekomst	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Visie op toekomstige zorg	19
3.3 Uitgangspunten integrale geboortezorg	19
3.4 Competenties kraamverzorgende	22
3.5 Afsluitende opmerkingen	23
Literatuurlijst	25
Bijlage: "Toekomstbeeld van het beroep kraamverzorgende"	27

Inleiding en samenvatting

Er zijn belangrijke, ook voor de kraamzorg relevante, ontwikkelingen in de geboortezorg; een vermindering van het aantal thuisbevallingen, de opkomst van geboortecentra en de ontwikkeling van integrale zorg. Daarnaast heeft Nederland ten opzichte van andere Europese landen een relatief hoge perinatale sterfte.

Het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) beraadt zich op de (toekomstige) rol van de kraamzorg als onderdeel van de integrale geboortezorg keten. De eerste contouren van een visie op kraamzorg en de kraamverzorgende van de toekomst inclusief haar positie in de keten is door het KCKZ en een denktank uit de kraamzorg beschreven. Het KCKZ heeft Ed Deen, partners in gezondheidszorg gevraagd om dit verder uit te werken in een visiedocument dat als onderlegger en richtinggevende discussienota dient voor de verschillende stakeholders. De definitieve versie van dit visiedocument vormt de basis voor de nieuwe herregistratie eisen en het nieuwe beroepscompetentieprofiel voor de kraamzorg.

Conclusie:

- De (toekomstige) veranderingen in geboortezorg vragen om een andere rol voor de kraamzorg in de integrale geboortezorg.
- Dit noodzaakt tot een verregaande professionalisering en kwaliteitsverbetering van de kraamzorg als beroepsgroep.
- Deze ontwikkelingen legitimeren een aanpassing van het huidige beroepscompetentieprofiel voor de kraamzorg met als gevolg een herijking van de opleidingen, bij- en nascholingen.

Doel kraamzorg

De kraamzorg in Nederland heeft zich een gezonde start van het pasgeboren kind en zijn moeder tot doel. De kraamzorg is tweeledig; zij omvat assistentie tijdens de laatste periode van de bevalling en zorg gedurende de kraamperiode aan moeder en kind. Kort omschreven als:

- het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind,
- het vroegtijdig signaleren van risico's problemen en complicaties,
- het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen geven dat ze op de juiste manier omgaan met hun pasgeborene.

Kenmerken doelgroep

De verwachting is dat het aantal bevallingen (180.000) op jaarbasis redelijk stabiel blijft. De Nederlandse samenleving verandert en daarmee ook de cliënten waar de kraamzorg mee te maken heeft. De bevolking is beter en hoger opgeleid. Zwangere vrouwen hebben een grotere informatiebehoefte en beschikken met internet over een onuitputtelijke bron van informatie. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen stijgt. Leeftijd hangt samen met een grotere kans op medische complicaties. Ook de samenstelling van de bevolking veranderd. Etniciteit is gerelateerd aan een aantal specifieke risicofactoren waaronder biologische en genetische aanleg, sociaal economische status, (ongezonde) leefstijl en suboptimaal zorggebruik.

Locatie bevalling

Nederland is een van de weinige westerse landen waar aanstaande moeders thuis kunnen bevallen. Het percentage thuisbevallingen daalt echter al jaren. Zestig jaar geleden beviel meer dan driekwart van de vrouwen thuis, nu is dat nog maar een kwart. Steeds meer vrouwen bevallen (poli)klinisch in het ziekenhuis of in een geboortecentrum.

Ketenzorg

Kraamzorg is onderdeel van de geboortezorg keten. Rond alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling zijn Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's), al zijn de VSV's in verschillende fasen van ontwikkeling. Daarmee is overal het fundament voor samenwerking in de geboortezorg gelegd. Dit geldt ook voor de mate waarin kraamzorg

en JGZ zijn aangesloten op het netwerk van geboortezorg. De door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte beoogde 'geïntegreerde zorg' is in de meeste regio's nog een stip op de horizon.

Samenwerking

De huidige keten van geboortezorg in Nederland is niet georganiseerd rondom de zwangere, maar rondom de professionals en gaat uit van de individuele bijdrage van professionals. Door de scheiding van denken en werken ontstaat discontinuïteit van zorg. De cliënt vraagt echter om zo goed mogelijke samenwerking tussen zorgprofessionals waardoor overdrachtsmomenten voor de cliënt niet voelbaar en zichtbaar zijn. Zorg moet primair georganiseerd worden vanuit continuïteit en kwaliteit in de zorg aan de cliënt. Hiervoor is intensievere samenwerking nodig tussen alle betrokken zorgprofessionals. De samenwerking gaat uit van een gezamenlijke visie en afspraken over bevoegdheden en verantwoordelijkheden in de vorm van landelijke en regionale richtlijnen, protocollen en zorgpaden. In de samenwerking tussen zorgprofessionals kan nog veel (kwaliteits)winst geboekt worden. Het gebruik van ICT, e-health, m-health en een gezamenlijk dossier (perinataal webbased dossier) kan daar een belangrijke ondersteunende rol in gaan spelen.

Visie op (toekomstige) zorg

De gezondheidszorg is in de toekomst gericht op het bevorderen en herstellen van zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving. De regie en veerkracht van het individu staan hierbij centraal. Deze visie op gezondheid en zorg –niet de ziekte staat centraal maar het functioneren- heeft ook gevolgen voor de zorgprofessionals. Iedere toekomstige zorgprofessional beschikt, naast vakken, over een aantal generalistische bekwaamheden die bijdragen aan het bevorderen en het herstellen van het functioneren. Professionals zullen samenwerken in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn. De teams kunnen wisselend van samenstelling zijn, afhankelijk van wat op dat moment nodig is aan zorg.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de markt van geboortezorg beschreven. Eerst wordt het begrip geboortezorg geoperationaliseerd en het functioneren van de keten van de geboortezorg beschreven. Daarnaast wordt kraamzorg, als onderdeel van de geboortezorg, vanuit de wettelijke context beschouwd en de inhoud en omvang van de kraamzorg omschreven. In hoofdstuk 2 wordt de omvang van de doelgroep die gebruik maakt van kraamzorg inzichtelijk gemaakt en de belangrijkste trends en ontwikkelingen vanuit het perspectief van de cliënten, de keten van geboortezorg, de beroepsgroep kraamverzorgende en kwaliteit en transparantie geschetst. Tot slot wordt aandacht besteed aan het perspectief van de opleidingen. In het laatste hoofdstuk wordt de visie op (toekomstige) zorg beschreven alsmede de uitgangspunten voor kraamzorg. Vervolgens wordt de vertaalslag gemaakt naar competentiegebieden, taken en rollen die van een kraamverzorgende als startende zorgprofessional mogen worden verwacht. Elk hoofdstuk sluit af met een aantal conclusies.

Hoofdstuk 1: Beschrijving van de markt

1.1 Definitie geboortezorg

Geboortezorg richt zich op de zorg rondom zwangerschap en geboorte, die begint als de (zwangere) vrouw zich wendt tot een verloskundige, huisarts of gynaecoloog en eindigt zes weken na de geboorte. Dit betreft zowel de eerstelijns verloskundige zorg als de medisch specialistische zorg in de tweede lijn. Ook de kraamzorg maakt onderdeel uit van de geboortezorg (NZa, 2012a).

Eerstelijns verloskundige zorg

Eerstelijns verloskundige zorg is de begeleiding en controle van de zwangere vrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed. Een eerstelijns verloskundige begeleidt in de eerste lijn normaal verlopende zwangerschappen en (laag risico)bevallingen. Dit zijn de bevallingen zonder medische indicatie. De eerstelijns verloskundige maakt een inschatting of een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of kraamperiode. Vervolgens bepaalt zij, aan de hand van de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL), of specialistische zorg nodig is. Indien dit het geval is, wordt de zwangere vrouw verwezen naar de tweede lijn (NZa, 2012a).

Tweedelijns verloskundige zorg

Medisch specialistische verloskundige zorg is de begeleiding en controle van vrouwen, waarvan de moeder of het kind, een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en/of bevalling heeft. Dit zijn soms risico's die vooraf bekend zijn, zoals bij vrouwen die lijden aan diabetes. Sommige risico's voor vrouwen of hun ongeboren kinderen ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, zoals een kind in stuitligging. Als de gynaecoloog voor de bevalling verantwoordelijk is, vindt deze altijd in het ziekenhuis plaats, begeleidt door een gynaecoloog en/of een tweedelijns (klinisch) verloskundige. Na de bevalling worden de meeste vrouwen voor verdere begeleiding in het kraambed thuis (terug)verwezen naar de verloskundige zorg in de eerste lijn (NZa, 2012a).

Kraamzorg

Kraamzorg is de zorg voor moeder en kind bij de bevalling en gedurende de kraamtijd. Ruim voor de bevalling vindt een intake plaats om de aard en omvang van de kraamzorg in te schatten en om de thuissituatie op veiligheid te bekijken. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of huisarts bij bevallingen thuis, in een geboortecentrum of in de polikliniek en in enkele situaties ook in het ziekenhuis. Alle vrouwen die (een deel van) het kraambed thuis doorbrengen, krijgen kraamzorg, ongeacht de plaats van de bevalling. In de eerste week na de bevalling begeleidt de kraamverzorgende de moeder. Zij zorgt voor moeder en kind, geeft voorlichting, beantwoordt vragen en signaleert eventuele problemen. Indien nodig waarschuwt zij de verloskundige of huisarts die verantwoordelijk is voor de medische zorg aan de moeder en kind (NZa, 2012a).

1.2 Kraamzorg als onderdeel van de geboorteketen

Kraamzorg is onderdeel van de integrale geboorteketen. Andere onderdelen van de keten zijn bijvoorbeeld verloskundige zorg en obstetrische zorg (ZIN, 2015a). De geboortezorg wordt verdeeld in verschillende fasen: prenatale zorg (zwangerschap), natale zorg (bevalling) en postnatale zorg (kraamtijd). De perinatale zorg is de zorg aan zwangeren vanaf de 22e zwangerschapsweek tot een week na de geboorte (NZa, 2012b).

Nederland is voor wat betreft de organisatie van de postnatale zorg uniek in de wereld. Typisch kenmerk van de kraamzorg in Nederland is dat deze thuis, 'achter de voordeur', wordt verleend op aaneenvolgende dagen en tijdens aaneengesloten uren. In andere West-Europese landen wordt de postnatale zorg na de ziekenhuisopname meestal verleend door de verloskundige. Dit bijzondere kenmerk van kraamzorg is een vereiste om de signaleringsfunctie goed te kunnen uitvoeren en eventuele risico's op medisch en psychosociaal gebied te signaleren. Immers dan kan zij de totale thuissituatie, zoals hygiëne in huis, de gezinsrelaties etc. goed waarnemen (ZIN, 2015a).

De verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen verlenen zelfstandig prenatale, natale en postnatale zorg. Bij al deze vormen van zorg zijn ook kinderartsen en kraamverzorgenden betrokken. In de onderstaande tabel is weergegeven wie welke zorg levert per fase van de zwangerschap. Verder zijn artsen in opleiding en een groot aantal gespecialiseerde verpleegkundigen voor obstetrie of opvang van pasgeborenen betrokken bij de geboortezorg (NZa, 2012b).

Fase Setting	Prenatale zorg	Natale zorg	Postnatale zorg
1 ^e lijn	Verloskundige of verloskundig actieve huisarts begeleidt laag risico zwangere en verwijst indien noodzakelijk door naar tweedelijns verloskundige zorg.	Verloskundige begeleidt bevalling thuis, poliklinisch of in eerstelijns geboortecentrum en kraamverzorgende verleent partusassistentie.	De verloskundige doet de controle. Onder medische eindverantwoordelijkheid van de verloskundige biedt de kraamverzorgende ondersteuning en begeleiding. Dit vindt thuis, poliklinisch of in het geboortecentrum plaats.
2 ^e lijn	Gynaecoloog en klinisch verloskundige begeleidt hoog risico zwangere.	Klinisch verloskundige en/of gynaecoloog begeleidt de medische bevalling en verpleegkundige verleent partusassistentie.	De klinisch verloskundige en/of gynaecoloog biedt ondersteuning en begeleiding en doet controles. Dit vindt in het ziekenhuis plaats. De kinderarts biedt waar nodig zorg aan het pasgeboren kind.

Tabel 1: Fasen in geboortezorg (NZa, 2012b)

In dit overzicht wordt duidelijk dat de kraamzorg op dit moment in de keten gepositioneerd is bij de natale zorg en de postnatale zorg en beperkt is tot de setting van de 1^e lijnszorg.

1.3 Wettelijke context:

Het feit dat *zorg* onderdeel vormt van het woord *kraamzorg* betekent nog niet dat er sprake is van gezondheidszorg. Kraamzorg wordt door veel burgers genoemd om als aanspraak uit het basispakket verwijderd te worden. Overwegingen die daarbij een rol speelden waren (ZIN, 2015):

- Niet alle burgers maken gebruik van deze zorg en burgers willen daar dus ook niet meer aan meebetalen,
- De aanname dat niet iedereen kraamzorg nodig heeft,
- Het feit dat zwangerschap een keuze is en de kosten dus voorzienbaar zijn.

Nederland heeft internationale IAO verdragen geratificeerd. Daarmee is Nederland verplicht om zorg te dragen voor postnatale zorg. Er bestaan echter geen bepalingen over de inhoud en de omvang van de zorg. In Nederland verstaan we onder postnatale zorg de (combinatie van) verloskundige zorg, obstetrische zorg en kraamzorg gedurende de eerste tien dagen na de bevalling. Via kraamzorg in het basispakket voldoet Nederland aan de verplichting dat postnatale zorg voor alle pasgeborenen en kraamvrouwen beschikbaar moet zijn. Het Zorginstituut concludeert tevens dat kraamzorg als noodzakelijke zorg rond de bevalling beschouwd moet worden. Zowel curatief in verband met gezondheidsrisico's, als preventief om gezondheidsrisico's voor moeder en kind te voorkomen (ZIN, 2015a).

Kraamzorg is als aanspraak opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De kraamzorg is geregeld in artikel 2.11 van het besluit zorgverzekering en luidt als volgt:

"Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling (VWS, 2005).

Kraamzorg 'zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden' omvat verzorging, signalering van gezondheidsrisico's en voorlichting en instructie en wordt integraal aangeboden. Het omvat een 3^e trimester huisbezoek (bij alle eerste kinderen), partusassistentie, zorg voor

moeder en kind van maximaal 10 dagen vanaf de dag van de bevalling en overdracht naar de Jeugdgezondheidszorg (ZIN, 2015a).

1.4 Inhoud van de kraamzorg

De inhoud van de (huidige) kraamzorg kan globaal worden ingedeeld in vier onderdelen; verzorging, voorlichting, signalering en basishuishoudelijke taken (Wiegers, 2007; ZonMW, 2014; ZIN, 2015a).

Verzorging:

a. Partusondersteuning

De bevalling vindt plaats onder leiding van een verloskundige of een verloskundige actieve huisarts. Daarnaast kan de vroegtijdige aanwezigheid van de kraamverzorgende bij de baring gewenst zijn, ten behoeve van de emotionele en fysieke ondersteuning van de barende (en haar partner). Deze zorg is onderdeel van het bieden van professionele continue ondersteuning aan iedere barende, waarbij de baring thuis, poliklinisch in het ziekenhuis of in een geboortecentrum kan plaatsvinden (KNOV – Actiz, ongedateerd). Tijdens de uitdrijvingsfase en de eerste uren na de bevalling is een kraamverzorgende aanwezig om de verloskundige te assisteren.

b. Verzorging na de bevalling

De kraamverzorgende helpt de kraamvrouw op weg door in de kraamperiode een aantal taken van de kraamvrouw over te nemen en haar te begeleiden, zodat de moeder zowel lichamelijk als geestelijk kan herstellen. De kraamverzorgende geeft de juiste (medische) verzorging aan de moeder en de pasgeborene. Met de kraamzorg in huis heeft de vrouw niet meteen de volledige verantwoordelijkheid, maar wordt zij op weg geholpen zelf voor haar baby te zorgen. Wanneer er één of meer andere kinderen onder de zes jaar in het gezin aanwezig zijn, begeleidt de kraamverzorgende de integratie van het pasgeboren kind in het gezin.

Voorlichting en instructie

- ###### **c. De kraamverzorgende geeft informatie over de gezondheid die van belang is voor het kraamgezin.**
- Zij leert vaardigheden aan en geeft bijvoorbeeld adviezen over voeding, voorlichting over hygiëne, slaap-/waakritme van het kind, huilgedrag en troosten, meeroken, veiligheid in huis, vitamine K, naar buiten gaan en vervoer van kind en instructie over bijvoorbeeld ligging van de pasgeborene. Ook preventie van wiegendood en (borst)voeding behoren tot de onderwerpen waar de kraamverzorgende voorlichting over geeft.

Observatie, signalering en rapportage

- ###### **d. Pasgeboren kinderen zijn kwetsbaar en afhankelijk van anderen voor een gezonde en veilige omgeving en het herkennen van hun behoeftes.**
- De kraamverzorgende heeft in de eerste levensdagen van het kind een belangrijke rol voor het herkennen van risicosignalen. Naast de verzorging observeert de kraamverzorgende, zij signaleert medische of psychosociale risico's en intervenueert indien nodig of schakelt een (andere) medisch professional in (b.v.: 'shaken baby syndroom'). De kraamverzorgende intervenueert of meldt afwijkende gezondheidsproblemen van moeder en/of kind bij de verloskundige of de huisarts en rapporteert aan de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Met het signaleren en rapporteren van eventuele gezondheidsrisico's verleent de kraamverzorgende preventieve zorg.

Basishuishoudelijke taken

- ###### **e. In de periode dat de kraamverzorgende aanwezig is, voert zij een aantal huishoudelijke taken uit.**
- De huishoudelijke taken zijn noodzakelijk om de hygiëne rond de kraamvrouw en haar baby te waarborgen. De taken zijn noodzakelijk in verband met veiligheid en preventie. Daarnaast voert de kraamverzorgende

huishoudelijke taken uit die bijdragen aan het doel de kraamvrouw op weg te helpen.

1.5 Omvang van de kraamzorg

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald met Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP). Volgens dit protocol vindt voor de 32^e week van de zwangerschap een intake plaats. In dit gesprek geeft de organisatie – kraamverzorgende voorlichting over de inhoud en (on)mogelijkheden van kraamzorg en brengt de specifieke situatie, wensen en zorgvragen van het gezin zoveel mogelijk in kaart. Bij de start van de zorg in het kraambed vindt opnieuw een beoordeling van de zorgbehoefte plaats. Op dit moment wordt de aard en omvang van de te verlenen kraamzorg waarop de kraamvrouw en het kind redelijkerwijs zijn aangewezen, geïndiceerd met behulp van het LIP. Per cliënt kan de omvang en de inhoud van de te verlenen kraamzorg dus verschillen. Er zijn drie pakketten te onderscheiden (ZIN, 2015a);

1. Minimumpakket; wettelijk minimum 24 uur

Onderdeel	Uren
Kraamvrouw en kind; verzorging en controle	10 uur
Observeren, signaleren en rapporteren	4 uur
Voorlichting, instructie en integratie tweede kind in het gezin	10 uur
Totaal	24 uur

2. Basispakket

Onderdeel	Uren
Kraamvrouw en kind; verzorging en controle	16 uur
Waarborgen hygiëne	8 uur
Huishoudelijke basistaken	8 uur
Observeren, signaleren en rapporteren	5 uur
Voorlichting, instructie en integratie tweede kind in het gezin	12 uur
Totaal	49 uur

3. Kraamzorg op maat

Is van toepassing in situaties waarin er iets met de moeder en/of kind aan de hand is of in de omgevingssituatie. De zorg omvat bijvoorbeeld ook extra zorg bij instabiele of zorgelijke gezinssituaties, wanneer het herstel niet zo goed verloopt als verwacht, wanneer de borstvoeding niet op gang komt, verzorging van (zieke) huisgenoten en/of ondersteuning van extra huishoudelijke taken. De zorg bedraagt maximaal 80 uur.

Conclusie:

- Op basis van internationale verdragen is Nederland verplicht zorg te dragen voor postnatale zorg. Postnatale zorg omvat verloskundige zorg, obstetrische zorg en –in Nederland- kraamzorg, gedurende de eerste tien dagen na de bevalling,
- De aanspraken kraamzorg zijn wettelijk verankerd in de Zorgverzekeringswet en moeten vanuit het perspectief van zorginhoudelijke samenhang en doelmatigheid ook in dat domein blijven,
- Kraamzorg is onderdeel van de integrale geboortezorg en neemt in Nederland een unieke positie ‘achter de voordeur’ in noodzakelijk voor de signaleringsfunctie van eventuele risico’s op medisch en psychosociaal gebied,
- De inhoud en de omvang van de zorg waar de individuele verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen kan preciezer worden bepaald.

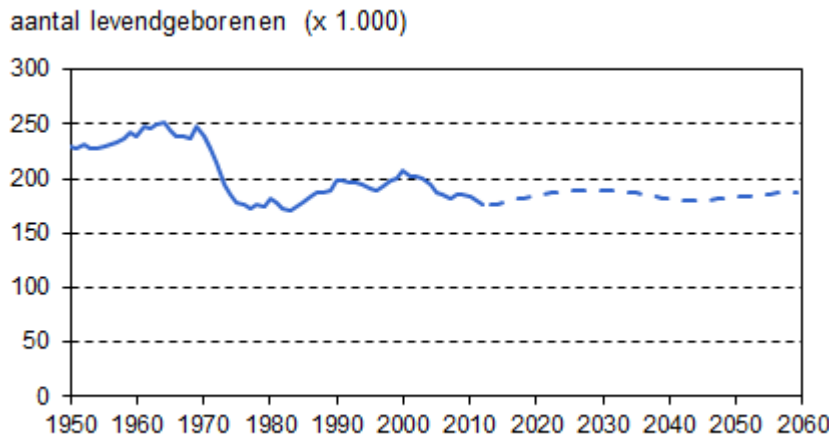
Hoofdstuk 2: Trends en ontwikkelingen

2.1 Omvang van de doelgroep

In 2012 hebben in Nederland 173.500 vrouwen een kind ter wereld gebracht. Bij deze geboorten kregen de vrouwen meestal één kind. In 2.942 van de gevallen was er sprake van een meervoudige geboorte. Daaronder was het aantal drie- of meerlinggeboorten zeer klein. In 2012 werden er in totaal 49 drie- of meerlingen geboren oftewel 0,3 per 1.000 geboorten. In 2012 kwamen in totaal in Nederland 176.000 levendgeborenen ter wereld (CBS Statline, 2013).

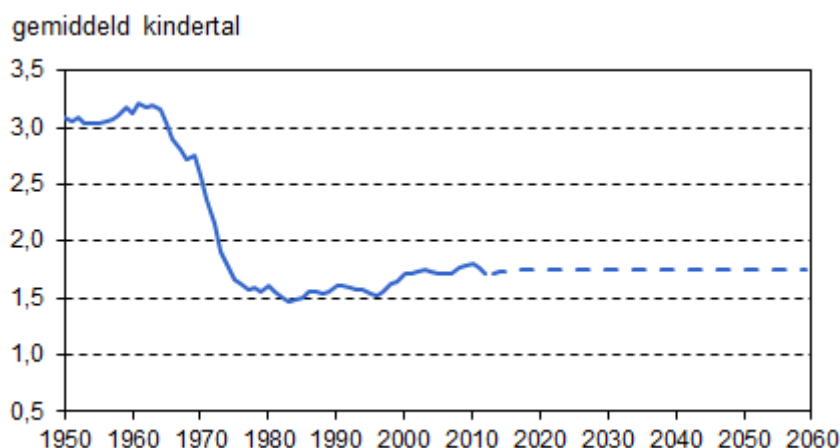
De omvang van de generaties vrouwen in de meest vruchtbare leeftijden bepaalt in de prognose vrijwel volledig de ontwikkelingen in aantallen levendgeborenen. Daarnaast kunnen ook zogenaamde periode-effecten invloed hebben. Zo stellen paren bij weinig vertrouwen in de economie de beslissing om een kind te krijgen uit (de Graaf, 2007). Verder is voor de prognose van het aantal levendgeborenen van belang hoeveel kinderen mensen in de toekomst willen krijgen, oftewel het verwachte gemiddeld kindertal. Naar verwachting zullen de veranderingen in het gemiddeld aantal kinderen per vrouw echter zeer klein zijn (de Jong, 2005; van Duin, 2009).

Volgens de langetermijnprognose van het CBS zal het aantal levendgeborenen de komende decennia schommelen tussen 176.000 en 190.000 (zie *figuur 1*). Deze golfbeweging is het gevolg van het verloop van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdsgroepen (van Duin, 2011). In de periode 2013-2029 zal eerst het aantal levendgeborenen stijgen tot 190.000. Deze toename heeft te maken met de toegenomen geboorteaantallen tussen 1980 en 2000 (de Graaf, 2011). Tussen 2030 en 2044 zal volgens de prognose weer een daling van het aantal levendgeborenen plaatsvinden. Na 2044 zal het aantal levendgeborenen weer toenemen tot 187.300 in 2059.



Figuur 1: Aantal levendgeborenen, 1950-2012 en prognose aantal levendgeborenen, 2013-2059
(Bron: [CBS Bevolkingsstatistiek](#); [CBS Bevolkingsprognose](#) over 2013-2059).

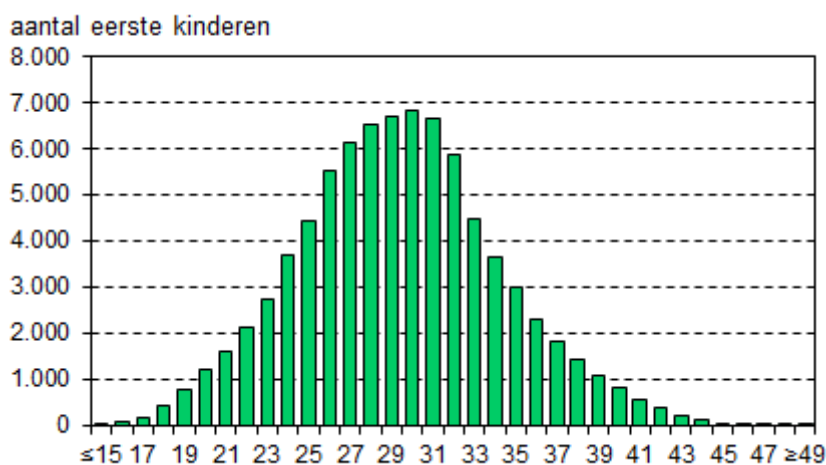
Sinds 2000 is het vruchtbaarheidscijfer min of meer stabiel en ligt rond de 1,75. Zoals duidelijk wordt in figuur 2, worden voor de toekomst geen opvallende ontwikkelingen verwacht in het vruchtbaarheidscijfer (de Jong, 2005; van Duin, 2009; van Duin, 2011). Het blijkt dat het kindertal van vrouwen die sinds 1965 zijn geboren niet sterk meer is veranderd. Bovendien zijn de verwachtingen van deze vrouwen over het aantal kinderen dat zij krijgen ook redelijk stabiel (van Duin, 2009).



Figuur 2: Gemiddeld kindertal per vrouw per kalenderjaar, 1950-2012 en prognose gemiddeld kindertal per vrouw per kalenderjaar, 2013-2059 (Bron: [CBS Bevolkingsstatistiek](#); [CBS Bevolkingsprognose](#) over 2013-2059).

2.2 Trends en ontwikkelingen cliënten

Vrouwen in Nederland waren in 2012 gemiddeld 29,4 jaar oud bij de geboorte van hun eerste kind. 4,3% van alle vrouwen die in 2012 een kind ter wereld brachten, was 40 tot 45 jaar (absoluut 7.212). Van deze groep vrouwen kreeg 28% (absoluut 2.040) haar eerste kind (figuur 3). In 2011 zijn 2.365 kinderen geboren bij een moeder die jonger was dan 20 jaar (tienermoeders). Daarmee had in 2011 1 op de 76 pasgeborenen een tienermoeder (CBS Statline, 2013).



Figuur 3: Leeftijd vrouw bij geboorte eerste kind, 2012 (Bron: [CBS Bevolkingsstatistiek](#)).

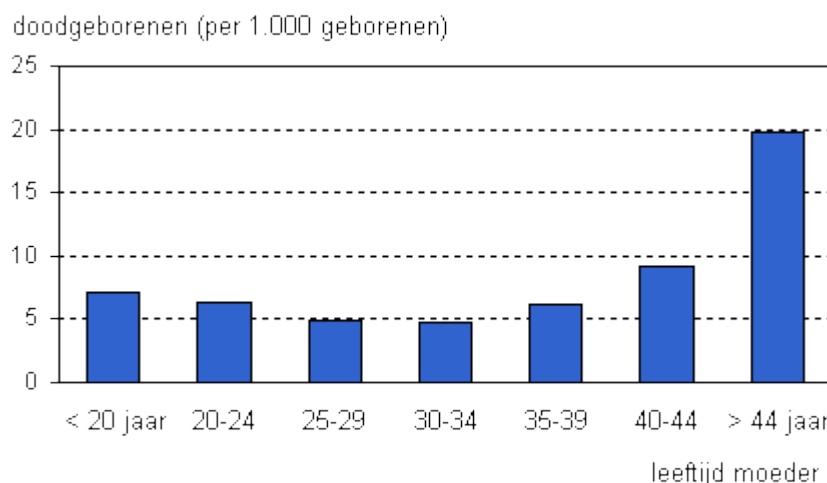
Vrouwen die op latere leeftijd een kind krijgen, hebben een grotere kans op medische complicaties en daarmee op medische zorg (Cleary-Goldman, 2005). Er zijn steeds meer vrouwen die op latere leeftijd moeder worden. Rond 1980 kreeg ongeveer 0,5% van de vrouwen van 38 jaar en ouder hun eerste kind. Sindsdien is het aandeel vrouwen dat boven de 38 jaar een eerste kind krijgt, toegenomen tot 6% in 2010. In de praktijk zien we de volgende effecten voor de medische zorg (Cleary-Goldman, 2005; Joseph, 2005; Garssen, 2004, den Ouden, 1997, RVZ, 2009): meer infertiliteitsbehandelingen, meer miskramen, meer meerlingen, meer zwangerschapscomplicaties, meer interventies zoals inleiding van de baring en keizersneden, meer perinatale sterfte (zie *figuur 4*), meer borstkanker op termijn. Het percentage zwangere vrouwen met een niet-Nederlandse herkomst neemt relatief toe. Etniciteit staat voor een aantal specifieke patiëntgebonden risicofactoren, waaronder biologische en genetische aanleg, sociaal economische status,

leefstijl en suboptimaal zorggebruik (Alderliesten, 2007; Ravelli, 2011; de Graaf, 2013). Tot slot neemt de kans op chronische aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten) toe naarmate de vrouw ouder is, met mogelijk gevolgen voor de uitkomsten van de zwangerschap (Bonsel, 2010).

2.3 Trends en ontwikkelingen geboortezorg

Sinds 2002 wordt de discussie gevoerd over de perinatale sterfte en de vraag of deze sterfte samenhangt met de organisatie van geboortezorg in Nederland (Aitink, 2014). In 2003 bleek uit de eerste PERISTAT-studie dat de perinatale sterfte in Nederland het hoogst was van de EU15-landen (Buitendijk, 2004). Voor de tweede PERISTAT-studie, vijf jaar later, zijn gegevens verzameld voor de landen van de EU25 plus Noorwegen voor het peiljaar 2004. In dat jaar was de sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van de vorige periode. De daling in andere landen was echter vaak even sterk of sterker (Mohangoo, 2008). In de nieuwste PERISTAT-studie, met data over 2010, blijkt dat de daling van de perinatale sterfte in Nederland geleid heeft tot een betere positie binnen de 29 Europese landen. De doodgeboorte vanaf 28 weken is in Nederland sterker gedaald dan elders en behoort nu tot de Europese middenmoot (EURO-PERISTAT, 2013; Mohangoo, 2013).

Uit cijfers van het CBS blijkt dat een klein deel van de kinderen dood geboren werd of stierf in de eerste levensweek (perinatale sterfte). In 2011 stierven er 996 kinderen kort voor of na de geboorte bij een zwangerschapsduur van minimaal 24 weken. Uitgaande van een zwangerschapsduur van 28 weken of meer stierven er 862 kinderen voor of kort na de geboorte.



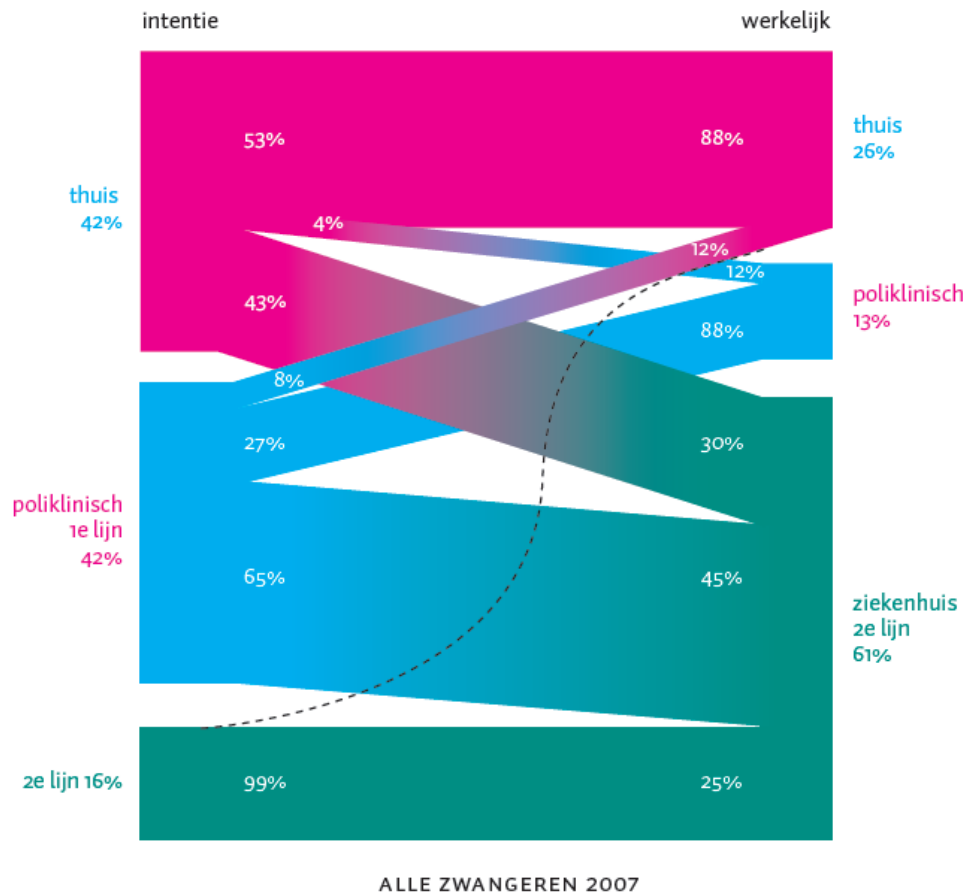
Figuur 4: Gemiddeld aantal doodgeborenen per 1.000 geboren per jaar naar leeftijd moeder, 1999-2008 (Bron: [CBS Bevolkingsstatistiek](#)).

Locatie van de bevalling

Nederland kent een lange traditie van thuisbevallingen. Nederland is een van de weinige westerse landen waar aanstaande moeders überhaupt thuis kunnen bevallen. Het percentage thuisbevallingen daalt echter al jaren. In 1953 beviel nog 78% van de vrouwen thuis. In de periode 1997-2000 lag dat aandeel nog maar op 35%. In de jaren 2005-2008 vond 29% van de bevallingen in Nederland thuis plaats. Het percentage ziekenhuisbevallingen is sinds 1953 toegenomen van 22% naar 71% in de periode 2005-2008 (CBS, 2009).

Het stroomdiagram (figuur 5) laat zien dat er een behoorlijk discrepantie bestaat tussen de oorspronkelijke intentie en de daadwerkelijke locatie van bevallen. Er is ook een verschil tussen primi parae (eerste kind) en multi parae (vanaf tweede kind): van de

primi parae wordt in 2007 tijdens de bevalling 42% doorverwezen naar de tweede lijn en van de multi parae 13% (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009).



Figuur 5: (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009)

Toelichting bij figuur 5:

42% van de zwangere vrouwen hebben de intentie om thuis te bevallen. Ruim de helft van deze groep bevalt ook daadwerkelijk thuis. De andere helft bevalt of poliklinisch of in het ziekenhuis. 26% van de zwangere vrouwen bevalt daadwerkelijk thuis, terwijl de meeste vrouwen poliklinisch (13%) of in het ziekenhuis (61%) bevallen.

Opkomst geboortecentra

Sinds een paar jaar zijn eerstelijns geboortecentra in opkomst. Deze worden ook wel bevalcentra, geboortehotels, kraamcentra of kraamhotels genoemd. Geboortecentra richten zich op eerstelijns bevallingen. Geboortecentra bieden de zwangere vrouw een omgeving die eigenlijk het midden houdt tussen het thuis bevallen en het bevallen in een ziekenhuis. Er zijn verschillende vormen van geboortecentra mogelijk met verschillende initiatiefnemers. Zo zijn er centra waarbij het initiatief afkomstig is van een aantal samenwerkende eerstelijns verloskundigen, in samenwerking met een zorgverzekeraar. Eerstelijns verloskundigen hebben de volledige regie over het centrum. Er bestaan ook centra die zijn opgezet door het ziekenhuis of kraamzorgorganisatie, met al dan niet een samenwerkingsverband met een verloskundigenpraktijk en zorgverzekeraar of commerciële onderneming (NZa, 2012a).

Integrale zorg en integrale bekostiging

Met de geboorteketen wordt gelijkwaardig en doelmatig samenwerken van alle zorgprofessionals in de keten beoogd om de beste kwaliteit van zorg voor moeder en

kind te bieden (ZIN, 2015a). De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeert in haar rapport dat veel aanbevelingen al door het veld zijn overgenomen. Rond alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling zijn Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's), al zijn de VSV's in verschillende fasen van ontwikkeling. Daarmee is overal het fundament voor samenwerking in de geboortezorg gelegd. Dit geldt ook voor de mate waarin kraamzorg en JGZ zijn aangesloten op het netwerk van geboortezorg. De door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte beoogde 'geïntegreerde zorg' is in de meeste regio's nog een stip op de horizon (IGZ, 2014). De bekostiging volgt als geïntegreerde zorg vorm en inhoud heeft gekregen. De gewenste omslag van financiering op basis van inspanningsverplichting of verrichting(en) naar OUTCOME financiering vergt een zorgbrede paradigma shift.

Knelpunten in de keten van geboortezorg

Als we de huidige keten van geboortezorg in Nederland goed beschouwen volgt deze het continuüm van een zwangerschap en is deze georganiseerd langs de beroepsgroepen. De zorg is niet georganiseerd rondom de zwangere, maar rondom de professionals en gaat uit van de individuele bijdrage van professionals. Elke zorgprofessional heeft een plek in de keten (opgeëist) en probeert deze plek ook te legitimeren. Door de scheiding van denken en werken tussen verschillende zorgprofessionals ontstaat discontinuïteit van zorg. Het Zorginstituut vat het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte als volgt samen; de kwaliteit van de geboortezorg kan worden verbeterd door optimalisering van de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken professionals in de begeleiding gedurende het totale traject van de geboortezorg. Met geboortezorg wordt het hele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte inclusief de overdracht naar kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en huisarts (ZIN, 2015). De cliënt vraagt en verwacht (red) daarentegen om zo goed mogelijke samenwerking tussen zorgprofessionals waardoor overdrachtsmomenten voor de cliënt niet voelbaar en zichtbaar zijn. (KNOV, 2014).

Dit vergt een paradigmashift zoals ook in het advies van de commissie Kaljouw over de toekomst van de zorg wordt beschreven. De commissie stelt dat de transformatie eigenlijk alleen te realiseren is wanneer men in staat is het eigen referentiekader te ontstijgen en vooruit te kijken met het algemeen belang voor ogen en niet uitsluitend het eigen belang. We staan op de drempel van een nieuwe periode waarin gevestigde belangen en posities ter discussie worden gesteld omwille van de kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorg en vooral in het belang van de burgers van Nederland (Kaljouw, 2015).

Van	Naar
Aanbod	Vraag
Ziekte	Functioneren
Zorgen voor	Zorgen dat
Professionele autonomie	Co-creatie
Fragmentatie	Zorgarrangement
Hiërarchie	Regie
Verticaal	Horizontaal
Betrekken van burgers	Consultatie van professionals
Eigen belang	Algemeen belang
Recht hebben op	Verantwoordelijk voor
Macht	Kracht
Beroepenstructuur	Continuüm van bekwaamheden

Tabel 2: Paradigmashift (Kaljouw, 2015)

Voor de kraamzorg geldt dat met name risicosignalering, samenwerking en overdracht naar de verloskundige en de JGZ verbetering behoeft. De inspectie stelt verder dat aandacht voor risicogroepen beter kan en er aandacht moet zijn voor evaluatie en systematisch verzamelen van cliëntervaringen (IGZ, 2014).

Inmiddels zijn landelijke en regionale initiatieven ontstaan om de kwaliteit van zorg te verhogen waarbij betere samenwerking het sleutelwoord is. De NZa concludeert in haar advies dat een betere samenwerking tot stand moet komen door de sector zelf en dat de bekostiging van de zorg hier slechts een ondersteunende rol speelt. Samenwerking vergt vertrouwen in en respect voor elkaars professies en komt niet van de ene op de andere dag tot stand. Deelnemers moeten gemotiveerd zijn om samen de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich te nemen en zo van elkaar te leren en open te staan voor andere ideeën (NZa, 2012b).

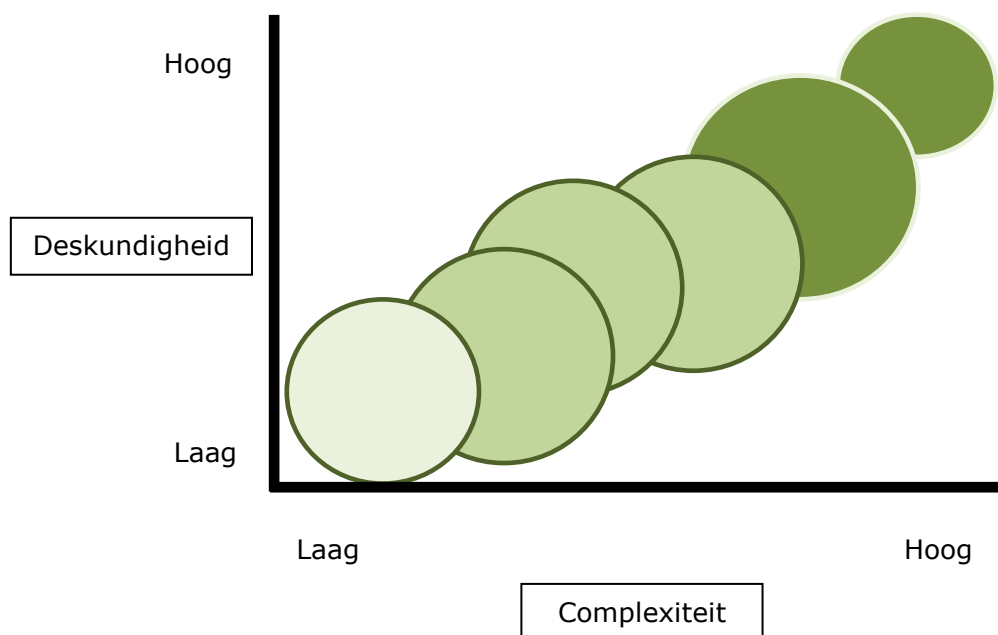
2.4 Trends en ontwikkelingen beroepsgroepen

Op korte termijn bestaat de behoefte aan een duidelijke (toekomstige) positionering en helderheid over de (toekomstige) toegevoegde waarde van de kraamzorg met daarbij oog voor cliëntenperspectief. Door de veranderingen in de geboortezorg is de vraag welke rol de kraamzorg gaat spelen in de keten van geboortezorg (integrale zorg) actueel. De werkzaamheden van de kraamverzorgenden zullen zich naast het begeleiden van de fysiologische bevalling en het kraambed thuis mogelijk, door taakverschuiving, ook kunnen richten op assistentie bij pathologische partussen en op kraambedden in ziekenhuizen en/of geboortecentra. De kraamverzorgende speelt ook een belangrijke rol in de overdracht met verloskundige, huisarts en de JGZ.

Het is daarom zaak dat taken en bevoegdheden (opnieuw) helder worden gedefinieerd en tegelijkertijd moeten deze ook passen in toekomstige ontwikkelingen zoals een alternatieve inzet van kraamverzorgenden. Dit alles vraagt een verregaande professionalisering en kwaliteitsverbetering van de kraamzorg als beroepsgroep (ZonMW, 2014).

In dit kader is ook de ontwikkeling van de zorgstandaard integrale geboortezorg onder auspiciën van het College Perinatale Zorg van eminent belang. In de zorgstandaard wordt op hoofdlijnen de gewenste inhoud en organisatie van de geboortezorg vanuit het perspectief van de zwangere en haar (ongeboren) kind beschreven. De zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg bij (voorgenomen) zwangerschap, geboorte en kraamperiode. Een functionele omschrijving impliceert dat wordt omschreven wat er moet worden gedaan, maar niet door wie. De juiste zorg door de juiste zorgprofessional kan worden bepaald door gebruik te maken van een kwadrant van complexiteit en deskundigheid. Laag complexe activiteiten en handelingen kunnen worden afgehandeld op een laag / lager deskundigheidsniveau. Hoog complexe activiteiten en handelingen worden afgehandeld op een hoog deskundigheidsniveau. Daarmee wordt het denken in domeinen en langs de lijnen van beroepsgroepen, in ieder geval theoretisch, vermeden.

De KNOV ziet de kraamverzorgenden als natuurlijke partners van verloskundigen in de zorg rond de bevalling en in de kraamperiode. Kraamverzorgenden zijn rond de geboorte veel uren in het gezin aanwezig. Zij horen en zien daardoor veel. Gedurende haar aanwezigheid in het gezin observeert en signaleert de kraamverzorgende over de gezondheid van moeder en kind en rapporteert aan de verloskundige. Mede dankzij de kraamverzorgende kan kwalitatief goede zorg bij een bevalling en kraamperiode in de thuissituatie worden geboden. De vroege inzet van de kraamverzorgende tijdens de partus biedt verloskundigen meer mogelijkheden om continue begeleiding tijdens de baring te realiseren (KNOV, 2014).



Figuur 6: Relatie complexiteit en deskundigheid

2.5 Trends en ontwikkelingen kwaliteit

Kwaliteit is een lastig te definiëren begrip. Kwaliteit is zowel subjectief (iedereen heeft zijn eigen mening over wat goede kwaliteit is) als relatief (afhankelijk van de context) en bovendien normatief (minimaal niveau). Daarbij bestaat de behoefte om kwaliteit objectief en toetsbaar te laten zijn in de praktijk. Sommige mensen zeggen dan ook dat: "Quality of care is an essentially contested concept of a vague concept" (Deen, 2013).

Het operationaliseren en inzichtelijk maken van kwaliteit(sindicatoren) vraagt nog een forse en bovenal gezamenlijke inspanning van de branche, zorgverzekeraars en klant. Het is de taak van het Zorginstituut Nederland om informatie over kwaliteit van zorg voor consumenten en voor partijen in de zorg te ontsluiten. In de afgelopen jaren zijn er binnen de kraamzorg belangrijke stappen gezet op het gebied van kennisontwikkeling, de opzet van een kennisinfrastructuur en eventuele uitvoering van een kennisagenda.

Kenniscentrum Kraamzorg

In 2012 is op initiatief van ActiZ en BTN (brancheorganisaties voor ondernemers in de kraamzorg) en de NBvK (Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden) het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) opgericht. Het KCKZ heeft zich tot doel gesteld zorg te dragen voor ontwikkeling, aanjagen, structurering, implementatie en borging op zes beleidsterreinen: kwaliteit, scholing, inhoud, ontwikkeling en kennisoverdracht, ketensamenwerking en onderzoek en innovatie van de professie van kraamverzorgende.

Kwaliteitsregister

Het KCKZ beheert het Kwaliteitsregister voor Kraamverzorgenden. Dit is de eerste grote stap om landelijk meer grip te krijgen op kwaliteit en scholing van kraamverzorgenden. Inmiddels hebben ruim 9.000 kraamverzorgenden zich bij het KCKZ geregistreerd. De kraamzorgsector wil met dit Kwaliteitsregister o.a. zichtbaar maken dat de kraamzorg goed geschoold is én zichzelf zal blijven ontwikkelen en bijscholen. Daarnaast probeert het veld door middel van het Kwaliteitsregister landelijk meer op één lijn te komen (KCKZ, 2015).

Praktijkrichtlijnen

Zorgaanbieders stellen richtlijnen op waaraan men als beroepsgroep moet voldoen. Deze richtlijnen borgen dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd. In de kraamzorg

ontbreekt het aan goede richtlijnen en protocollen. Veel kraamzorgorganisaties werken nu nog met eigen protocollen, die soms regionaal zijn afgestemd. Om kwalitatief goede kraamzorg te garanderen wil het KCKZ zich allereerst richten op de ontwikkeling van landelijke monodisciplinaire richtlijnen en protocollen. Als alle kraamzorgorganisaties gaan werken met dezelfde landelijke monodisciplinaire richtlijnen en protocollen is het ook mogelijk hiernaar evidence based onderzoek te gaan doen. Tevens is het van groot belang dat er multidisciplinaire richtlijnen worden ontwikkeld in deze fase van de geboortezorg (ZonMW, 2014).

2.6 Ontwikkelingen opleidingen

Voor de ontwikkeling van de inhoud en de kwaliteit van het vak is het belangrijk om te kijken naar de inhoud en kwaliteit van de opleidingen. Kraamzorg is onderdeel van een opleiding tot verzorgende of onderdeel van een in service opleiding bij een thuiszorg- of kraamzorgorganisatie (ZonMW, 2014).

Naast de reguliere MBO opleiding tot verzorgende (niveau 3) kent de kraamzorg drie varianten van verkorte opleidingen tot kraamverzorgende;

1. een bijscholingsvariant voor verzorgenden,
2. een verkorte opleiding gericht op mensen met een zorgachtergrond
3. een uitgebreide opleidingsvariant voor mensen zonder zorgachtergrond.

Nu zijn er veel kraamzorgaanbieders die zelf bijscholen. Het is onduidelijk welke scholing nodig is en of de scholing eenduidig gebeurt. ZonMW concludeert dat er meer en beter contact nodig is tussen de opleidingen en de kraamzorgorganisaties over opleiding. De belangrijkste vraag is wat er in de toekomst aan expertise, competenties en extra opleiding nodig is, gezien alle ontwikkelingen in de geboortezorg, bovenop de standaard kraamzorgcompetenties die de opleidingen nu bieden (ZonMW, 2014).

Conclusie:

- ☐ Het aantal levendgeborenen in Nederland bedraagt ongeveer 180.000 per jaar,
- ☐ In het overgrote deel is er sprake van de geboorte van één kind. Slechts in 1,7% van de gevallen betreft het de geboorte van een tweeling (absoluut 2.893). In uitzonderlijke gevallen (0,03% en absoluut 49) is er sprake van een drie- of meerling,
- ☐ Het aantal vrouwen dat op latere leeftijd (> 38 jaar) een eerste kind krijgt, neemt toe en is gestegen naar 6% in 2010,
- ☐ Vrouwen die op latere leeftijd een kind krijgen, hebben een grotere kans op medische complicaties en daarmee op medische zorg,
- ☐ Nederland scoort in de Europese middenmoot op de indicator perinatale sterfte (0,56%),
- ☐ Het aandeel thuisbevallingen neemt sterk af ten faveure van (poli)klinische bevallingen al dan niet in een geboortecentrum,
- ☐ Er zijn landelijk initiatieven om de samenwerking in de keten vorm te geven, maar er kan nog veel winst geboekt worden,
- ☐ Samenwerking is het toverwoord, maar dat vergt vertrouwen in en respect voor elkaars professies,
- ☐ De verloskundige ziet de kraamverzorgende als natuurlijke (keten)partner en zoekt actief naar mogelijkheden om de samenwerking vorm en inhoud te geven,
- ☐ Integrale bekostiging kan ondersteunend werken om de samenwerking in de keten te verbeteren,
- ☐ De (toekomstige) veranderingen in geboortezorg vragen om een andere rol voor de kraamzorg in de integrale geboortezorg,
- ☐ Dit noodzaakt tot een verregaande professionalisering en kwaliteitsverbetering van de kraamzorg als beroepsgroep,
- ☐ Al deze ontwikkelingen legitimeren een aanpassing van het huidige beroepscompetentieprofiel voor de kraamzorg met als gevolg een herijking van de opleidingen, bij- en nascholingen.

Hoofdstuk 3: Geboortezorg van de toekomst

3.1 Inleiding

De zorg is een breed terrein dat op diverse manieren kan worden beschreven. Geen enkele indeling is algemeen geldend of in alle gevallen bruikbaar voor de analyse van de zorg. Als we de verschillende indelingen beschouwen en op de geboortezorg zouden willen toepassen wordt duidelijk dat deze gebruikelijke indelingen niet volstaan. Zo heeft geboortezorg zowel aspecten van cure als care als preventie. Bij het organiseren van zorg in ketens, zoals bij geboortezorg wenselijk is, is een indeling in bv. echelons niet meer vol te houden. Het gaat dan juist om het opheffen van het onderscheid (Poiesz & Caris, 2010). Huisarts, verloskundige, gynaecoloog, obstetrisch & gynaecologisch verpleegkundige en kraamverzorgende (*red*) moeten allemaal samenwerken om tot optimale kwaliteit binnen deze keten te komen. Duidelijk is dat de zorg van de toekomst niet meer op deze traditionele wijze kan worden ingedeeld (Poiesz & Caris, 2010).

3.2 Visie op toekomstige zorg

De gezondheidszorg is in de toekomst gericht op het bevorderen en herstellen van zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving. De regie en veerkracht van het individu staan hierbij centraal. Deze visie op gezondheid en zorg –niet de ziekte staat centraal maar het functioneren- heeft ook gevolgen voor de zorgprofessionals. Iedere toekomstige zorgprofessional beschikt, naast vakkennis, over een aantal generalistische bekwaamheden die bijdragen aan het bevorderen en het herstellen van het functioneren. Professionals zullen samenwerken in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn. De teams kunnen wisselend van samenstelling zijn, afhankelijk van wat op dat moment nodig is aan zorg (ZIN, 2015b).

Er is sprake van een dynamisch continuüm van bekwaamheden, afgestemd op de zorg die mensen in staat stelt zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg, waarbij de focus ligt op wat moet en niet op wat kan. Een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en vraagt regelmatige actualisering om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg. Dit heeft geleid tot een model (ABCD-model) dat een integrale en dynamische benadering van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 presenteert en het professioneel handelen dat hierbij gewenst is in de context die hierbij relevant is (Kaljouw, 2015).

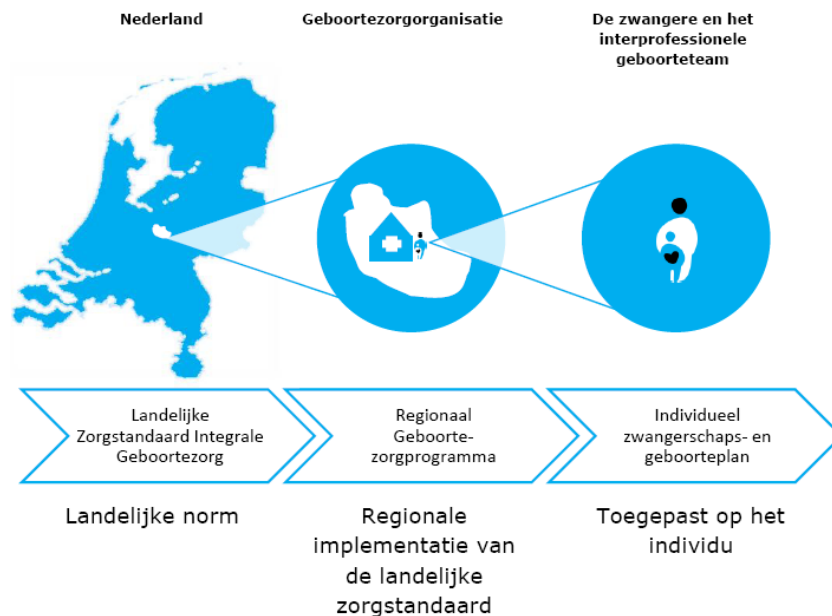
3.3 Uitgangspunten integrale geboortezorg

Het eerste uitgangspunt is dat de wensen en behoeften van de cliënt centraal staan. De inhoud en organisatie van de geboortezorg wordt geformuleerd vanuit het perspectief van de zwangere en haar (ongeboren) kind. Dat wil zeggen: geboortezorg die aansluit op de behoeften en verwachtingen van zwangeren zelf (CPZ, 2014).

Het tweede uitgangspunt is dat zwangerschap en bevalling fysiologische processen zijn en dat onnodige medicalisering bij voorkeur vermeden dient te worden. Overigens is het in het licht van de perinatale sterfte en veiligheid niet een uitgangspunt waar heel lichtzinnig mee omgesprongen mag worden. De verloskundige of verloskundig actieve huisarts verricht risicoselectie, formuleert op basis van evidence based practice en shared decision making het beleid en bepaalt wat het meest geëigende zorgtraject is voor de individuele cliënt (KNOV, 2014).

Een derde uitgangspunt is dat duidelijk moet zijn wat er onder integrale geboortezorg wordt verstaan. De ontwikkeling van de zorgstandaard integrale geboortezorg onder auspiciën van het College Perinatale Zorg vormt daarbij een cruciale stap. In een zorgstandaard wordt de actuele en zo mogelijk op wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde, functionele beschrijving gegeven van de multidisciplinair

georganiseerde individuele preventie en zorg (inclusief zelfmanagement) bij (voorgenomen) zwangerschap, geboorte en kraamperiode. De zorgstandaard behandelt het complete zorgcontinuüm en geeft ook een beschrijving van de organisatie van de zorg. De zorgstandaard biedt daarmee de norm (gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, et cetera) waaraan geboortezorg zowel inhoudelijk als organisatorisch moet voldoen (CPZ, 2014).



Figuur 7: Ketenzorg (CPZ, 2014)

Consequenties voor de organisatie

Een zorgtraject beschrijft alle activiteiten en handelingen die nodig zijn om de zorgvraag op een goede, cliëntgerichte en bovenal veilige manier af te handelen. Hierbij gaat het dan niet meer om de vraag welke *beroepsgroep* de zorgvraag moet afhandelen, maar welk *deskundigheidsniveau* (minimaal) noodzakelijk is om die activiteit af te handelen. De commissie Kaljouw (2015) spreekt over context complexiteit en patiënt complexiteit die bepalend zijn in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen¹. De risicoselectie en het daaraan gekoppelde zorgtraject geeft invulling aan het principe dat de juiste zorg wordt geleverd door de juiste zorgprofessional op de juiste plek.

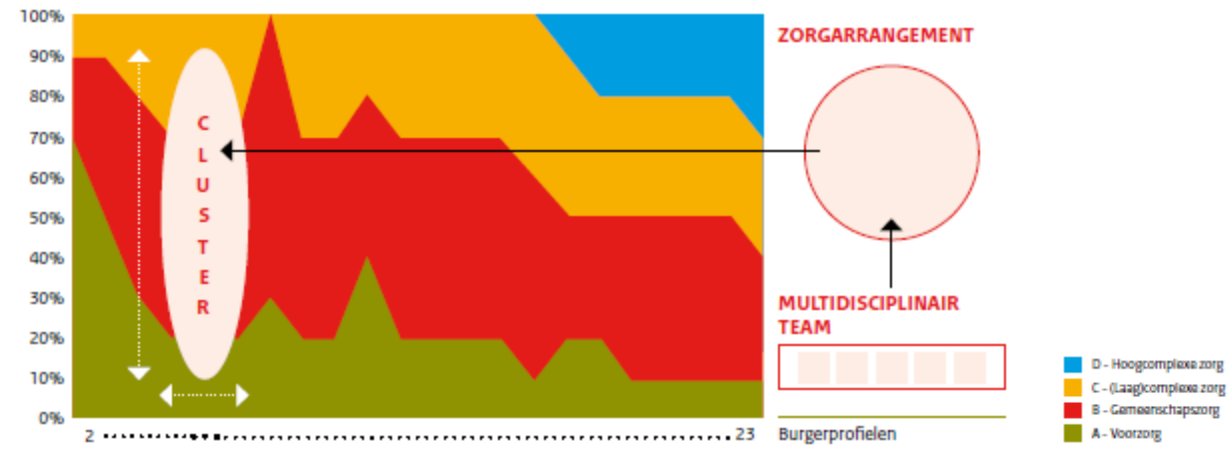
Dit principe wordt verder uitgewerkt in zorgarrangementen die worden uitgevoerd door *multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams*. De teams bestaan uit zorgprofessionals die tezamen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen. De zwangere maakt deel uit van het team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Wanneer de zwangere hier niet toe in staat is ondersteunt de teamregisseur (spelverdeler), die - afhankelijk van de situatie - kan wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus van samenstelling en/of locatie wisselen (Kaljouw, 2015).

Consequenties voor de kraamzorg

De toekomst van de professionele zorg is gelegen in een dynamisch continuüm van bekwaamheden dat gericht is op de zorgvraag en bijdraagt aan het functioneren van burgers. Het model *Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg* (figuur 8)

¹ Zie ook figuur 6: kwadrant complexiteit en deskundigheid

illustreert de populaties die in de verschillende, in elkaar overlopende, zorggebieden voorkomen. In het model wordt ook zichtbaar dat zorgprofessionals uit de verschillende teams werkzaam kunnen zijn in verschillende zorggebieden. Door uit te gaan van de vraag en hierop afgestemde zorgarrangementen wordt een einde gemaakt aan het huidige gefragmenteerde aanbod. Hiervoor is een *nieuwe manier van werken* en zijn *andere bekwaamheden* nodig (Kaljouw, 2015).



Figuur 8: Zorgarrangementen voor clusters van burgerprofielen door multidisciplinaire teams (Kaljouw, 2015)

Huidige kraamzorg:

In hoofdstuk 2 zijn de doelstellingen voor de kraamzorg benoemd:

- het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind,
- het vroegtijdig signaleren van risico's, problemen en complicaties,
- het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen geven dat ze op de juiste manier kunnen omgaan met hun pasgeborene.

Daarnaast worden de volgende onderdelen benoemd in de keten van zwangerschap en geboorte waarin kraamverzorgenden een rol hebben:

- Intake: Rond de 32e week van de zwangerschap doet de kraamzorg een intake bij de aanstaande ouders, thuis (bij eerste kinderen en op indicatie bij daaropvolgende kinderen) of per telefoon. Tijdens deze intake worden zorgbehoefte en zorgaanbod op elkaar afgestemd.
- (Vervroegde) partusassistentie / -ondersteuning. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige en ondersteunt en begeleidt de barende tijdens de bevalling.
- Verzorging. Dit betreft verzorging en controle van moeder en kind; voorlichting, advies en instructie (o.a. borstvoeding, preventie wiegendood) en integratie van het kind in het gezin; signaleren en rapporteren van potentiële problemen en risicofactoren in het gezin; waarborgen van goede hygiëne; verzorging en/of opvang; relevante huishoudelijke taken).
- Overdracht naar JGZ of andere relevante professionals.

Toekomstige kraamzorg:

De rol van de kraamzorg in de toekomst kan gaan veranderen met een verschuiving en uitbreiding van het takenpakket tot gevolg. Zowel verdieping als verbreding van de werkzaamheden behoort tot de mogelijkheden²:

- Uitbreiding van de signaleringsfunctie op medische en psychosociale risico's,

² De positie en rol van de kraamzorg als onderdeel van geïntegreerde geboortezorg moet in overleg met de ketenpartners worden vastgesteld. Het KCKZ speelt daarbij een belangrijke rol.

- Substitutie van taken van andere zorgprofessionals in de keten (verloskundige, O&G verpleegkundige, JGZ),
- Vervroegde terugkeer naar huis van klinische kraamvrouwen kan leiden tot meer en zwaardere taken op het gebied van verzorging,
- Samenwerking in de keten. O.a. de overdracht van gegevens tussen 2^e en 1^e lijn, maar ook tussen kraamzorg en verloskunde en tussen kraamzorg en JGZ en huisarts,
- Intensievere communicatie en informatie al dan niet vormgegeven door het Perinataal Webbased Dossier (PWD),
- Uitbreiding van het takenpakket tot na de periode van 10 dagen na de bevalling.

3.4 Competenties kraamverzorgende

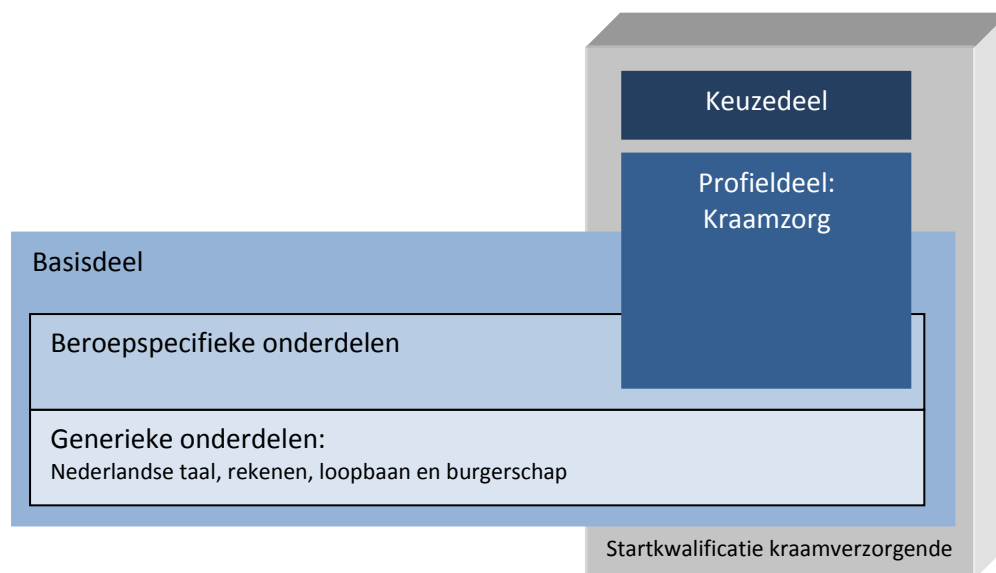
Ten aanzien van het vorige beroepscompetentieprofiel (FAOT, 2009) wordt een andere ordening van competenties en taken aangehouden. Het beroepsprofiel bestaat uit vijf competenties. Centraal staat het vakinhoudelijk handelen met daaromheen vier belangrijke en samenhangende competenties elk met een ander dominant perspectief: communicatie (cliënt), professionaliteit (beroepsgroep), samenwerking (zorgprofessionals) en organisatie (maatschappij).



Figuur 9: Samenhang van de vijf competenties van de kraamzorg

Het is een groeimodel dat uit gaat van een minimaal deskundigheidsniveau om als kraamverzorgende te gaan werken (startcompetentie). Het biedt kraamverzorgende tevens perspectief om door te groeien naar een ander deskundigheidsniveau en/of zich te bekwamen op specifieke taken (lactatie) of te specialiseren naar een specifieke setting (klinisch). Uiteraard is dat sterk afhankelijk van de rol en positie die in de keten van integrale geboortezorg kan worden ingenomen. Voor deze toekomstige nieuwe taken is een aanvullende competentieprofiel noodzakelijk.

De basiscompetenties bestaan uit een generiek deel en een basisdeel die voor alle verzorgende IG (niveau 3) gelden. Daarnaast zijn er een aantal competenties die specifiek voor de kraamzorg gelden. Samen met de twee modules uit het keuzedeel vormt dit de startkwalificatie van de kraamverzorgende.



Figuur 10: Samenhang competenties en kwalificatiedossier

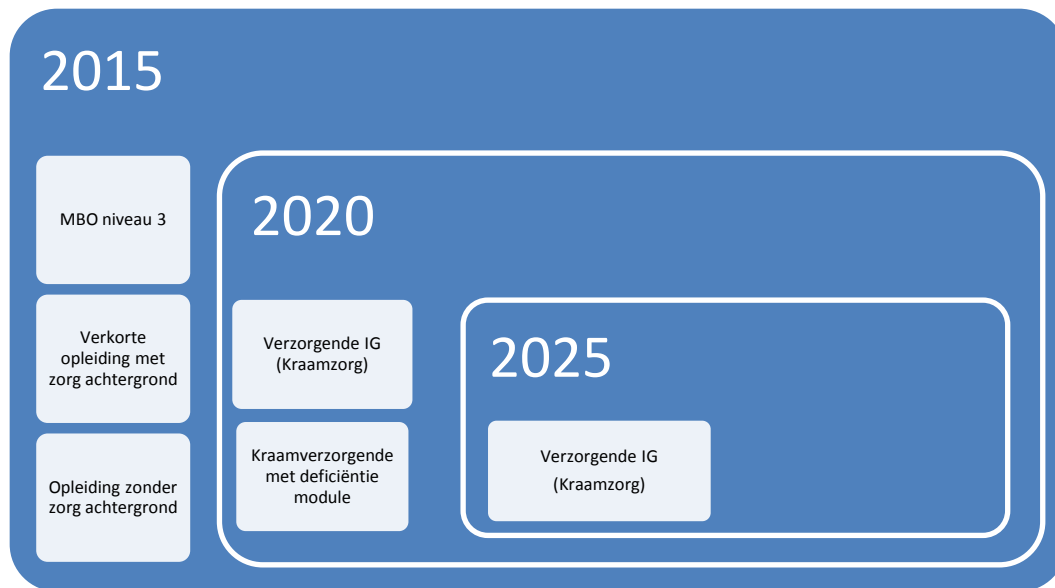
3.5 Afsluitende opmerkingen

Het model dat het KCKZ voorstaat heeft consequenties voor de huidige beroepsgroep, maar ook voor het uitstroomniveau van de kraamverzorgenden in de toekomst. Om de (nieuwe) taken veilig uit te kunnen voeren en de gewenste rol in de geboortezorg keten te kunnen invullen zullen alle kraamverzorgenden minimaal op verzorgende IG niveau moeten zijn opgeleid (MBO niveau 3) of aantoonbaar aan het deskundigheidsniveau voldoen.

De veranderende rol met mogelijk een verbreding, verdieping en substitutie van taken van de kraamverzorgende van de toekomst is vanuit het perspectief van veiligheid niet iets waar lichtzinnig mee kan worden omgesprongen. Dit vraagt ook om een kritische evaluatie van het huidige scholingsaanbod.

Het kwalificatiedossier verzorgende IG (kraamzorg) dat per 1 augustus 2015 gaat gelden (Calibris, 2014) draagt zorg dat "nieuwe kraamverzorgenden" die per 2018 gaan uitstromen voldoen aan het minimaal gewenste deskundigheidsniveau van startende zorgprofessional verzorgende IG kraamzorg. Van de huidige kraamverzorgenden moet eerst worden bepaald of er deficiënties bestaan en zo ja, wat er nodig is om deze deficiënties door middel van bij- en nascholing weg te werken.

Opname in het kwaliteitsregister van het KCKZ is een eerste voorwaardelijke stap. Bij de herregistratie zal moeten worden aangetoond dat wordt voldaan aan het minimaal gewenste deskundigheidsniveau. Om dat te realiseren is een fasering noodzakelijk, geïnitieerd vanuit het KCKZ en uitgedacht in werkgroepen waarin vertegenwoordigers vanuit de beroepsgroep participeren. Het is op termijn niet uitgesloten dat een deel van de beroepsgroep niet kan voldoen aan het gestelde minimale deskundigheidsniveau en zal uitstromen.



Figuur 11: Fasering ontwikkeling deskundigheidsniveau kraamverzorgende

Literatuurlijst

1. Alderliesten ME., Vrijkotte TG., van der Wal MF., Bonsel GJ. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG* 114(10):1232-1239.
2. Aitink M., Goodarzi B., Martijn L. (2014). Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Beroepsprofiel verloskundige. Utrecht.
3. Bonsel GJ., Birnie E., Denktas S., Poeran J., Steegers EAP. (2010). Lijnen in perinatale sterfte. Signalementstudie Zwangerschap en geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC.
4. Buitenhuis SE., Nijhuis JG. (2004). Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. *Ned Tijdschr Geneesk*, 148(38):1855-1860.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS (2009). www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2696-wm.htm geraadpleegd op 5 mei 2015
6. Cleary-Goldman J., Malone FD., Vidaver J., Ball RH., Nyberg DA., Comstock CH., Saade GR., Eddleman KA., Klugman S., Dugoff L., Timor-Tritsch IE., Craigo SD., Carr SR., Wolfe HM., Bianchi DW., D'Alton M. (2005) for the FASTER Consortium Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology* 105(5):983-990.
7. CPZ (2014). College Perinatale Zorg, Toelichting bij leidraden 17-04-2014. Opgesteld door het bestuur van het College Perinatale Zorg
8. Deen WE. (2013). Strategisch positioneren en onderscheidende meerwaarde in de eerstelijns gezondheidszorg. Master thesis, TIAS Nimbas, Tilburg.
9. Duin van C. (2009). Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2008–2050: naar 17,5 miljoen inwoners. CBS Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2009. Den Haag/Heerlen: CBS.
10. Duin van C., Garssen J. (2011) Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. Den Haag/ Heerlen: CBS.
11. Garssen J., van der Meulen A. (2004b). Centraal Bureau voor de Statistiek. Sterftekans allerjongsten ongunstig beïnvloed. CBS webmagazine, 27 september 2004. Voorburg/Heerlen: CBS.
12. Euro-Peristat project with SCPE and EUROCAT. (2013). European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. www.europeristat.com
13. Graaf de A., van Duin C. (2007). Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2006–2050: veronderstellingen over de geboorte. CBS Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2007. Voorburg/Heerlen: CBS.
14. Graaf de A., van der Meulen A. (2004a). Centraal Bureau voor de Statistiek. Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte. CBS Bevolkingstrends, 3e kwartaal 2004. Voorburg/Heerlen: CBS.
15. Graaf de A. (2011). Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezinnen in beweging. Den Haag/Heerlen: CBS.
16. Graaf de JP., Ravelli AC., de Haan MA., Steegers EA., Bonsel GJ. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *J. Matern Fetal Neonatal Med* 26(5):473-481.
17. IGZ (2014). Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht.
18. Jong de A. (2005). Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2004-2050: veronderstellingen. CBS Bevolkingstrends, 2e kwartaal 2005. Voorburg/Heerlen: CBS.

18. Joseph KS., Allen AC., Dodds L., Turner LA., Scott H., Liston R. (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics and Gynecology*. 105(6): 1410-1418.
19. Kaljouw M., van Vliet K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland, onder redactie van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.
20. KCKZ, Kenniscentrum Kraamzorg (2015). <http://kckz.nl/pagina/registreren-kraamverzorgenden/registreren-kraamverzorgenden> geraadpleegd op 28 mei 2015.
21. KNOV – Actiz . Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden.
22. Mohangoo AD., Buitendijk SE., Hukkelhoven CWPM., Ravelli CJ., Rijninks-van Driel GC., Tamminga P., Nijhuis JG. (2008). Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat II studie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 152(50):2718-2727.
23. Mohangoo AD., Blondel B., Gissler M., Velebil P., MacFarlane A., Zeitlin J., the Euro-Peristat Scientific Committee (2013). International Comparisons of Fetal and Neonatal Mortality Rates in high-Income Countries: Should Exclusion Thresholds Be Based on Birth Weight or Gestational Age? *PLoS ONE* 8(5):eb64869 doi:10.1371/journal.pone.0064869.
24. NZa (2012a). Marktscan. Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
25. NZa (2012b). Advies. Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
26. Ouden den L., Verloove-Vanhorick P., Bruinse H. (1997). Zwangerschappen op oudere leeftijd: gevolgen voor moeder en kind. In: Beets G., Bouwens A., Schippers J. (red.). *Uitgesteld ouderschap*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997; 41-47.
27. Poiesz ThBC., Caris J. (2010). *Ontwikkelingen in de zorgmarkt. Een strategische analyse*. Kluwer, Deventer.
28. Ravelli AC., Tromp M., Eskes M., Droog JC., van der Post JA., Jager KJ., Mol BW., Reitsma JB. (2011). Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in the Netherlands. *J. Epidemiol. Community Health* 65(8):696-701.
29. RIVM <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/geboorte/huidig/> geraadpleegd op 27 april 2015.
30. RVZ (2009). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem? Den Haag: RVZ.
31. Sanderse C., Verweij A., Beets GCN. Geboorte: Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. www.nationaalkompas.nl/volksgezondheid/bevolking/geboorte/ geraadpleegd op 27 april 2015.
32. Stuurgroep Zwangerschap en geboorte (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.
33. VWS (2015). Besluit zorgverzekering artikel 2.10 en 2.11 op <http://wetten.overheid.nl> Geraadpleegd op 28 april 2015.
34. Wiegers TA. (2007). Professionele kraamzorg: Goede start voor kraamvrouwen. *Tijdschr. Verlosk.* 32(6):25-32.
35. ZonMW (2014). Kennisagenda Kraamzorg. Een schakel in de geboortezorgketen. Den Haag.
36. Zorginstituut Nederland (2015a). Kraamzorg, verzekerd van een goed begin? Diemen.
37. Zorginstituut Nederland (2015b). Factsheet. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.



Document Denktank
"Toekomstbeeld van het beroep Kraamverzorgende"

Adres

Kenniscentrum Kraamzorg
Laan van Kronenburg 2
1183 AS Amstelveen

Contact

www.kenniscentrumkraamzorg.nl
info@kenniscentrumkraamzorg.nl
Telefoon 020 54 59 023

Inhoudsopgave

“Zomaar een dag.....”	2
1. Aanleiding en Inleiding	4
2. Werkwijze Denktank	6
2.1 Inleiding	
2.2 Hoe is de Denktank te werk gegaan?	
3. Onderzoek	7
3.1 Inleiding	
3.2 Input via 7 onderwerpen door Denktank	8
3.2.1 Voorlichting (ook via ICT) tijdens het huisbezoek en in het kraambed	8
3.2.2 Partusassistentie: taak van de kraamverzorgenden	8
3.2.3 Samenwerken en afstemmen van zorg voor, tijdens en na het kraambed (ketenzorg)	9
3.2.4 ICT	9
3.2.5 Specialistische Kraamzorg	10
3.2.6 Basishuishoudelijke taken behouden in het belang van de preventieve taken?	11
3.2.7 Opleidingsniveau in 2020	11
4. Samenvatting en Aanbevelingen	13
4.1 Samenvatting	13
4.2 Aanbevelingen	13
4.2.1 Nieuw op te leiden kraamverzorgenden	14
4.2.2 Kraamverzorgenden in het Kwaliteitsregister Kenniscentrum Kraamzorg	14
4.3 Tot slot	15
Bijlagen:	
a. Enquête	17
b. Bronnen	19

Zo maar een dag.....

Geschreven door Linda (Kraamverzorgende 2020)



Het is 03.30 uur in de ochtend. Ik word gebeld door de verloskundige. Ik heb haar eerder gesproken na het geïntegreerde huisbezoek bij Janneke. Janneke heeft 5 cm. ontsluiting. De verloskundige vraagt of ik naar het integraal geboortecentrum wil komen. Janneke bevalt van haar tweede kindje en heeft na een traumatische ervaring, angst voor de bevalling en kan wel wat ondersteuning gebruiken. Alhoewel Janneke ook thuis kan bevallen kiest ze voor het geboortecentrum.



Ik log in op mijn tablet en neem het dossier door van Janneke. Super fijn dat ik me vroegtijdig kan inlezen in haar dossier en zo het beeld van haar situatie en zorgvraag weer even kan terughalen. Ik zie dat Janneke inmiddels een aantal instructiefilmpjes heeft bekeken die haar voorbereiden op de bevalling en de kraamtijd. Een goede voorbereiding is het halve werk.



Ik stap in mijn auto en ga op weg. Bij het geboortecentrum aangekomen zie ik voor mij inmiddels bekende gezichten. De verloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgenden en verpleegkundigen werken met elkaar samen aan een goede start voor moeder en kind. Ik zeg iedereen gedag en ga snel naar Janneke en haar partner Mark. De verloskundige en ik zullen de bevalling samen begeleiden, zij draagt de stand van zaken over en vertrekt. We spreken af dat wanneer ik een signaal geef zij weer terug komt. Mijn taakuitbreiding voor wat betreft de begeleiding van de zwangere en haar partner tijdens bevalling bevalt mij erg goed.



Ik word gezien als volwaardig partner en de verloskundige vertrouwt erop dat Janneke bij mij in goede handen is. Ik pak mijn tablet erbij en log nog even in zodat ik mijn observaties goed kan registreren. Het zal de verloskundige helpen om op afstand de situatie goed te volgen.



Ik doe wat ontspanningsoefeningen met Janneke en vertel Mark dat bepaalde massage- en ademhalingstechnieken Janneke kunnen helpen meer te ontspannen. De weeën activiteit van Janneke neemt toe en ik besluit de verloskundige te bellen. Zij vertrouwt erop dat ik goed kan inschatten op welk moment ik haar moet bellen en komt direct. Tijdens de bevalling werken we goed samen.



Na een goede bevalling wordt zoontje Tom geboren. Nadat alle controles zijn uitgevoerd en afspraken voor de nacontroles zijn gemaakt, gaat de verloskundige weg en ga ik met het gezin naar huis.

Janneke heeft inmiddels gedoucht, Tom slaapt en Janneke, Mark en ik nemen de eerder gemaakte afspraken en de verwachtingen die in het digitale zorgdossier staan beschreven, voor de kraamtijd met elkaar door.



Met elkaar formuleren we de zorgdoelen voor de komende dagen. Het is prettig te weten dat oma komt ondersteunen met het huishouden. Ik kan me volledig richten op het stimuleren van de hechting tussen de ouders en kind. Janneke en Mark hebben dit tijdens de vorige kraamtijd erg gemist. We maken een plan met geformuleerde zorgdoelen voor de komende dagen. Gedurende de kraamtijd heb ik regelmatig contact met de verloskundige die een vinger aan de pols houdt. Wij evalueren tussentijds de zorg en kijken of het aanbod nog aansluit op de zorgvraag van Janneke.



Op de zevende zorgdag merk ik dat Janneke onzeker blijft. Zij is erg vermoeid, heeft geen trek in eten en zoekt naar bevestiging. Daarnaast is zij erg labiel. Ook Mark maakt zich zorgen. Ik signaleer de risico's en afgaande op mijn kennis denk ik aan een dreigende PPD. Ik bel de verloskundige en leg de situatie uit en signaleer een aantal risico's. In overleg met de verloskundige bel ik ook nog even de JGZ verpleegkundige en spreek met haar af dat zij op de laatste dag langskomt voor een warme overdracht. Ik geef direct door dat ik na drie weken op huisbezoek kom. Ik zal dan opnieuw een observatie uitvoeren op het algeheel welzijn van Janneke.



De kraamweek vliegt voorbij en inmiddels neem ik de laatste instructies door met Janneke en Mark. De JGZ verpleegkundige komt en heeft zich al ingelezen in het digitale dossier. We bespreken de aandachtspunten en welke ondersteuning de ouders wensen en kunnen verwachten. Ik maak in het digitale kraamdossier notities van het gesprek zodat de verloskundige weer helemaal op de hoogte is van de gemaakte afspraken. Tot slot wijs ik Janneke op de aanvullende instructiefilmpjes die tot haar beschikking staan. Vooral de filmpjes over hoe om te gaan met het huilen van de baby geeft haar een gerust gevoel. Ze staan er niet helemaal alleen voor!



Ik sluit de zorg (tijdelijk) af en kom over drie weken nog even langs om te onderzoeken hoe het op dat moment gaat met Janneke. Is Janneke nog steeds onzeker en labiel komt zij voldoende aan haar rust toe heeft zij nog vragen die ik kan beantwoorden? Allemaal aspecten die ik nog even met haar doorneem. Nadat ik mijn bevindingen heb gedeeld met de JGZ verpleegkundige en verloskundige sluit ik de zorg definitief af.

1. Aanleiding en Inleiding

Aanleiding

Dit toekomstbeeld van het beroep Kraamverzorgende is tot stand gebracht door de Denktank. De Denktank bestaat uit afgevaardigden van verschillende kraamzorgorganisaties en had de opdracht van het Kenniscentrum Kraamzorg om een toekomstbeeld op te stellen over het vak van de kraamverzorgende in het jaar 2020. Deze opdracht is niet zomaar gegeven. In het licht van diverse ontwikkelingen, waarbij het rapport 'Een goed begin' de aanzet heeft gegeven, dienen stakeholders binnen de geboortezorg hun positionering binnen die geboortezorg helder voor het voetlicht te plaatsen. Overgang richting integrale geboortezorg met daarbij een integrale bekostiging noodzaken ook de kraamzorg hierover na te denken, zodat ze hun plek verduidelijken en opeisen. Deze positionering heeft ook gevolgen voor de kraamverzorgenden en hun opleidingen.

In dit document wordt het beroep van de kraamverzorgenden onder de loep genomen en aanbevelingen gedaan hoe het beroep er in de toekomst uit moet zien. De Denktank vindt het essentieel dat haar voorstellen worden overgenomen. De professionalisering van het vak van de kraamverzorgende is hierbij het uitgangspunt. Zonder de professionalisering van de kraamverzorgenden is de kans groot dat een groot gedeelte van de huidige positionering uit handen wordt gegeven aan verloskundigen en ziekenhuizen. Via de introductie "Zomaar een dag...." wordt kort maar krachtig weergegeven wat de goed geoutilleerde kraamverzorgende in 2020 in haar mars heeft.

Inleiding

Kraamzorg is een onderdeel van de geboortezorgketen. Met deze geboortezorgketen wordt integrale geboortezorg beoogd: gelijkwaardig samenwerken met alle professionals. In deze keten werkt de kraamzorg onder andere samen met de verloskundige zorg, obstetrische zorg en de JGZ. De wens vanuit VWS om cliëntgericht te werken en hierbij integrale geboortezorg te leveren, inclusief een integraal tarief, dwingt partijen om deze samenwerking vorm te geven. Centraal staat de vraag welke zorgvraag de cliënt heeft en vanuit welk deskundigheidsniveau deze ingevuld moet worden. Voor de toekomst en het voortbestaan van de kraamzorg is het belangrijk dat de kraamverzorgende zich in dit traject nieuwe kennis en vaardigheden eigen maakt en zich hierdoor profileert en positioneert. Er ligt een kans om door taakverschuiving het vak inhoudelijk nog interessanter te maken.

De bovengenoemde ontwikkeling vereist van de beroepsgroep kraamverzorgenden een toekomstbestendig beeld op het vak. Hoe ziet het beroep van kraamverzorgende er over vijf jaar uit en wat zijn in 2020 de taken van de kraamverzorgende?

Omdat de ontwikkelingen elkaar snel opvolgen is het belangrijk dat kraamverzorgenden meegaan in deze ontwikkeling en over adequate vakkennis beschikken. Wat heeft de kraamverzorgende nodig om het beroep goed te kunnen blijven uitoefenen? Waar staat het vak over vijf jaar? Welke eisen stellen we als sector en beroepsgroep? Door dit samen te bepalen, worden randvoorwaarden voor kwaliteit en ontwikkeling gecreëerd. Door piketpaaltjes te plaatsen, bepalen we als kraamzorgsector waar we als beroepsgroep naartoe willen en wat ons ambitieniveau is. Het doel is dat de kraamzorg zich een positie toe-eigent die goed is onderbouwd en goed verdedigbaar is.

Op basis van de denkrichting van de Denktank gaat het Kenniscentrum Kraamzorg het Kwaliteitsregister voor Kraamverzorgenden verder ontwikkelen. Het toekomstbeeld van de Denktank is de basis voor de commissie die de nieuwe Herregistratie-eisen gaat formuleren. Deze gaan vanaf 2016 gelden voor het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden.

Daarnaast wordt dit toekomstbeeld benut als input voor de herziening van het Beroepscompetentieprofiel, dat de basis is voor het kwalificatiedossier voor de basisopleiding tot kraamverzorgende.

2. Werkwijze Denktank

2.1 Inleiding

Een van de plannen in het Meerjarenbeleidsplan 2014-2017 <http://kckz.nl/pagina/dit-moet-je-weten/meerjaren-beleidsplan>) van het Kenniscentrum Kraamzorg is om een Denktank in het leven te roepen. Deze Denktank, die bestaat uit een groep vertegenwoordigers uit de kraamzorg, heeft input geleverd voor dit document, waarbij de toekomst van de kraamverzorgenden centraal staat. Dit document dient vervolgens als basis voor de Herregistratie, het Beroepscompetentieprofiel en de basisopleiding tot kraamverzorgende.

De Denktank is in november 2014 van start gegaan en is samengesteld uit 3 ActiZ-leden, 3 BTN-leden en 3 NBvK-leden.

Het Kenniscentrum Kraamzorg heeft de Denktank de volgende vragen voorgelegd:

- Wie is de kraamverzorgende nu en wat zijn haar taken?
- Wie is de kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?
- Wat zijn de consequenties voor het vak door de veranderingen in de markt?

2.2 Hoe is de Denktank te werk gegaan?

In november 2014 is de Denktank voor de eerste keer bijeen gekomen om kennis te maken, taken te verdelen en een planning te maken. In december 2014 en januari 2015 is de Denktank conform deze planning aan de slag gegaan.

Zeven onderwerpen zijn in kleine groepen nader uitgewerkt. Concreet wordt naar een antwoord gezocht op de vraag wat de kraamverzorgende in 2020 ten aanzien van deze zeven onderwerpen aan taken en bevoegdheden moet beheersen om haar vak adequaat uit te kunnen oefenen.

Daarnaast heeft het Kenniscentrum Kraamzorg in december 2014 een enquête opgesteld die aan alle kraamzorgorganisaties in Nederland is gestuurd en ook online is gezet. Ruim 450 kraamverzorgenden en betrokkenen uit de kraamzorg hebben de vragen beantwoord. Deze input is mede gebruikt in dit document.

Het document wordt voorgelegd aan het bestuur van het Kenniscentrum Kraamzorg. In april 2015 moet dit document afgerond zijn. Vervolgens wordt het aan alle kraamzorgorganisaties en andere belanghebbende organisaties toegestuurd. Het uiteindelijke document vormt de basis voor de herregistratiecommissie voor het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden, die in april 2015 van start gaat.

3. Onderzoek

3.1 Inleiding

De Denktank heeft zeven onderwerpen als uitgangspunt genomen, die essentieel zijn voor het verlenen van kraamzorg in 2020 en die verderop zijn uitgewerkt:

1. Voorlichting tijdens het huisbezoek en in het kraambed
2. Partusassistentie: taak van de kraamverzorgenden
3. Samenwerken en afstemmen van zorg voor, tijdens en na het kraambed (ketenzorg)
4. ICT
5. Specialistische Kraamzorg
6. Basishuishoudelijke taken behouden in het belang van de preventieve taken?
7. Opleidingsniveau in 2020

Bij het bepalen van deze onderwerpen zijn diverse ontwikkelingen meegenomen, zoals de ontwikkeling van het landelijk Indicatieprotocol (LIP), het concept advies van het Zorginstituut Nederland, de ontwikkelingen richting Integrale Geboortezorg, maar ook onderstaande visie van de heer Gouke Bonsel, hoogleraar perinatale zorg en volksgezondheid aan het Erasmus MC.

De heer Gouke Bonsel is als arts en sociaal-wetenschapper actief betrokken bij de ontwikkelingen binnen de geboortezorg. Hij heeft een duidelijke visie op de kraamzorg die hij toegelicht heeft in september 2014 op 'De Dag van de Kraamzorg'. Kort samengevat zegt hij dat de kraamverzorgende er is voor:

1. Het 3^e trimester huisbezoek: nu al *altijd* bij alle 1^e kinderen en bij meerdere kinderen op indicatie (anders telefonisch)
2. De partusassistentie: bij alle fysiologische bevallingen. Nu al *altijd* thuis en in een geboortecentrum en steeds vaker ook bij de poliklinische bevalling
3. De kraamperiode: nu al *altijd* thuis en in eerstelijnsgeboortecentra, maar ook steeds vaker in ziekenhuizen, want ook 'medische (cure) kraamvrouwen' hebben zorg (care) nodig
4. De overdracht naar de JGZ: *altijd* door de kraamzorg, in overleg met de verloskundige en met toestemming van het gezin.

Taken (LIP, geherformuleerd) medische zorg + thuiszorg

- medische zorg (moeder; compliance)
- preventieve zorg (moeder, kind, gezin; compliance)
- instructie (vaardigheden)
- voorlichting (kennis)
- risicosignalering en risicomanagement
- dossiervoering, risico-communicatie, overdracht

+ substitutie
thuis <> zhs
KZ <> 1VK

-
- ondersteuning gezin

3.2 Input via 7 onderwerpen door Denktank

3.2.1 Voorlichting tijdens het huisbezoek en in het kraambed

Preventie en voorlichting zijn belangrijke onderdelen van het werk van de kraamverzorgende.

Het rapport van het Zorginstituut zegt het volgende hierover:

De kraamverzorgende geeft informatie over de gezondheid die van belang is voor het kraamgezin. Zij leert vaardigheden aan en geeft bijvoorbeeld adviezen over voeding, voorlichting over hygiëne, slaap-/waakritme van het kind, huilgedrag en troosten, meeroken, veiligheid in huis, vitamine K, naar buiten gaan en vervoer van het kind en instructie over bijvoorbeeld de ligging van de pasgeborenen. Ook preventie van o.a. wiegendood en (borst)voeding behoren tot de onderwerpen waar de kraamverzorgende voorlichting over geeft.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

De voorlichtingsfunctie en instructie door de kraamverzorgende is uitgebreid naar meerdere terreinen. Door een huisbezoek in het 3e trimester vindt een gestructureerde identificatie van stress & risico's plaats binnen een gezin. De kraamverzorgende heeft een signalerende functie naar bijvoorbeeld de Jeugdgezondheidszorg. De kraamverzorgenden zijn fundamenteel getraind op gesprekstechnieken, zodat ze ook een zwaarder onderwerp als kindermishandeling aan de orde kunnen stellen. In dit geval zijn scholingen op het gebied van de Meldcode Kindermishandeling en Preventie Shaken Baby Syndroom essentieel.

3.2.2 Partusassistentie: taak van de kraamverzorgenden

Speerpunt 6 in het rapport "Een goed begin" is: *"Bevallende vrouw niet alleen"*. Vanaf het begin van de bevalling wordt de zwangere niet meer alleen gelaten. Zij wordt, afhankelijk van de situatie, begeleid door een kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige en bewaakt door een medisch professional.

In het rapport staat :

"De Stuurgroep adviseert een één-op-één-begeleiding van iedere bevalling. Bij laagrisico zwangere door kraamverzorgenden; bij hoogrisico zwangere door O&G-verpleegkundigen of kraamverzorgenden afhankelijk van het risicoprofiel.

Vanaf de actieve ontsluitingsfase bij een eerstelijnsbevalling (laag risico) geldt een verhouding van 1:1 (medisch professional : vrouw) voor de bewaking en behandeling....."

De kraamverzorgende heeft een duidelijke rol toebedeeld gekregen in het rapport als eerste keus zorgverlener bij een laag risico profiel en als mogelijke zorgverlener bij een hoog risicoprofiel.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

Alle kraamverzorgende hebben kennis en ervaring in het assisteren bij een bevalling en zijn bevoegd-bekwaam. Regelmatig volgen ze hierin bij- en nascholing.

Kraamverzorgenden moeten verplicht geschoold worden op het onderdeel acute verloskunde. Het niveau van de kraamverzorgende ligt minimaal op niveau 3 Verzorgende IG.

De kraamverzorgende bezit voldoende kennis en vaardigheden op het gebied van fysiologie, pathologie maar ook op het gebied van communiceren, observeren, signaleren en rapporteren. Vanuit die bekwaamheid wordt de kraamverzorgende bij de partus in de tweede lijn ingezet bij laag- en midden risico zwangeren. Samenwerking met de O&G-verpleegkundige en de verloskundige is een voorwaarde en wordt ondersteund met duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsomschrijvingen en protocollen.

3.2.3 Samenwerken en afstemmen van zorg (ketenzorg) voor, tijdens en na het kraambed

Samenwerking in de keten is een belangrijke voorwaarde voor continuïteit van zorg. Geboortezorg is altijd ketenzorg. De belangrijkste ketenpartners voor de kraamverzorgende zijn nu de verloskundige en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Voor beide ketenpartners bestaan landelijke afspraken over taakverdeling en overdracht van gegevens.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

In het kader van integrale zorg werkt de kraamverzorgende samen met diverse ketenpartners. Denk hierbij aan zorgprofessionals die werkzaam zijn in ziekenhuizen/geboortecentra. Daarnaast levert de kraamverzorgende zorg aan gezinnen met een extra ondersteuningsvraag, die kan liggen op het vlak van medische, psychische of sociale indicaties. Kraamverzorgenden beschikken daarom over speciale expertise en zorgen voor goede afstemming van informatie naar de diverse disciplines. Iedere kraamverzorgende beschikt over het juiste opleidingsniveau, kennis en ervaring en/of ambitie om op dit niveau te functioneren.

3.2.4 ICT

De ICT doet inmiddels ook zijn intrede binnen de kraamzorg. Hoewel kraamzorg een praktisch en uitvoerend vak is, is ICT op bepaalde terreinen een uitstekend hulpmiddel.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

Iedere kraamverzorgende heeft de beschikking over een tablet dat haar in staat stelt om:

- digitaal te communiceren met (andere) zorgprofessionals binnen de keten (bv. overdracht van gegevens)
- informatie op te zoeken (bv. protocollen en richtlijnen)
- informatie over te dragen aan haar cliënt door middel van beeldmateriaal
- te werken met een Elektronisch Cliënt Dossier
- vakbekwaam te blijven d.m.v. e-learning

De volgende ontwikkelingen zijn in 2020 gemeengoed:

- **ECD**

- het elektronisch cliënt dossier heeft overal binnen de geboortezorg zijn intrede gedaan. De cliënt is verantwoordelijk voor haar eigen dossier en bepaalt wie inzage heeft in haar dossier. Miscommunicatie bij overdracht wordt zo voorkomen. Zowel de kraamzorg, verloskundige, gynaecoloog als kinderarts (en andere relevante zorgaanbieders) hebben volledige inzage in het door de cliënt beheerde dossier. Handig is dat de kraamverzorgende evidente informatie kunnen inzien via hun tablet en alle gegevens per direct daarin kunnen invoeren.
- De nieuwe mogelijkheden van registreren zijn voor de cliënt een duidelijke meerwaarde. Vooral wanneer de cliënt in de periode van zwangerschap meerdere zorgverleners dient te bezoeken. Daarnaast kan er vanuit dit systeem door de kraamzorg ook worden gepland en informatie via de tablet worden uitgewisseld.
- De financiën kunnen direct worden geregeld vanuit één dossier en dat geeft gemak aan de kant van de zorgverlener en de zorgverzekeraar.

- **Instructiefilmpjes**

Iedere zwangere kan gebruik maken van instructiefilmpjes als aanvulling op de informatie die de kraamverzorgende geeft. Deze instructiefilmpjes maken onderdeel uit van de pakketten, aangeboden door de kraamzorgorganisaties, die kraamvrouwen kunnen kiezen als ze zwanger zijn. De informatie via de hoogwaardige instructiefilmpjes sluit naadloos aan bij de Landelijke Protocollen en Richtlijnen, deze is dus eenduidig, betrouwbaar en neemt veel onzekerheid en verwarring weg bij ouders. Ook nadat de kraamverzorgende weg is kunnen ouders alle informatie die van toepassing is op de baby nog eens nakijken.

- **App en social media**

- (Toekomstige) ouders maken gebruik van de verschillende mogelijkheden van social media en een diversiteit aan apps die beschikbaar zijn voor ouders en ook voor jonge kinderen. Via deze manieren van communiceren kun je altijd makkelijk 24 uur per dag 7 dagen per week ondersteuning bieden aan ouders en hun kinderen.
- Het is mogelijk om via een community informatie uit te wisselen. Zorgverleners kunnen zich aansluiten bij deze groep om van elkaar te leren. Informatie en reacties worden gedeeld. Zo breiden we de kennis binnen de groep uit.

3.2.5 Specialistische kraamzorg

Iedere bevalling en kraamperiode is uniek. In de meeste gevallen is de inzet van kraamzorg ongecompliceerd en voldoet de kennis en vaardigheid van een kraamverzorgende. In een toenemend aantal gevallen is er sprake van specialistische kennis binnen de kraamzorg.

Uit de enquête, in het gedeelte dat gaat over de kraamverzorgende in 2020, blijkt dat 58,64% van de kraamverzorgenden denkt dat er in de toekomst behoefte is aan hoger opgeleide kraamverzorgenden. 82,06% van de kraamverzorgenden vindt dat het huidige opleidingsniveau 3(IG) gehandhaafd moet worden, met aanvullende specialisaties. Hieruit kunnen we concluderen dat er een groep kraamverzorgenden is die ambitie heeft die verder reikt dan het niveau van de kraamverzorgende anno 2015.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

De kraamverzorgende heeft een duidelijke rol binnen de integrale geboortezorg. Zij is een teamspeler, alhoewel het merendeel van haar werk individueel is. Bijdrage leveren aan de totale resultaten in de keten vraagt een brede visie en inzicht in die keten. De kraamverzorgende heeft deze visie.

De kraamverzorgende is een 'stevige' professional met de benodigde kennis die onder andere ligt op de volgende gebieden:

- zorg bij rouw
- zorg bij (borst)voedingsproblematiek
- zorg bij cliënten met een psychiatrische ondersteuningsvraag waaronder postpartum depressie in anamnese
- zorg bij pasgeborene met aangeboren afwijking
- zorg bij zwangerschap gerelateerde aandoeningen
- risicozorg
- zorg in kwetsbare situaties
- zorg bij licht verstandelijk beperkten
- het geïntegreerde huisbezoek

3.2.6 Basishuishoudelijke taken behouden in het belang van de preventieve taken?

Het uitvoeren van basishuishoudelijke taken door een kraamverzorgende is een behoorlijk punt van (politieke) discussie. Het Zorginstituut zegt hier het volgende over:

In de periode dat de kraamverzorgende in het gezin aanwezig is, voert zij een aantal huishoudelijke taken uit. De uitvoering van deze taken is geen doel op zich. De huishoudelijke taken zijn noodzakelijk om de hygiëne rond de kraamvrouw en haar baby te waarborgen. Deze taken zijn derhalve noodzakelijk in verband met veiligheid en preventie. Daarnaast voert de kraamverzorgende huishoudelijke taken uit die bijdragen aan het doel de kraamvrouw op weg te helpen. De uitvoering van huishoudelijke taken kan worden ingebed in de uitvoering van de andere taken zoals signalering en voorlichting. (Het huishoudelijk werk van de kraamverzorgende kan vergeleken worden met het werk van een stewardess aan boord van een vliegtuig. Primaire taak van de stewardess is de veiligheid van de passagiers te bewaken. Het koffie schenken tijdens de vlucht kan gezien worden als een taak die zij uitvoert omdat ze toch in het vliegtuig aanwezig is.)

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

Het puur uitvoeren van huishoudelijke taken is geen primaire verantwoordelijkheid van de kraamverzorgenden. Wel is ze verantwoordelijk voor het waarborgen van hygiëne t.b.v. moeder en kind tijdens de kraamperiode. De kraamverzorgende is zich

hiervan bewust en kan dit duidelijk communiceren in het gezin en daar waar nodig mantelzorg activeren en inzetten.

3.2.7 Opleidingsniveau in 2020

Het beroep van kraamverzorgende kent een bonte geschiedenis van opleidingsvormen. Variërend van internaatopleidingen, ziekenverzorgenden met aantekening kraamzorg, branche-erkende verkorte opleidingen tot het MBO kwalificatiedossier verzorgende IG uitstroom kraamzorg. Dat betekent dat het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden ook bestaat uit kraamverzorgenden met diverse opleidingsniveaus.

Wie is de Kraamverzorgende in 2020 en wat zijn haar taken dan?

De kraamverzorgenden die vanaf 2013 in het Kwaliteitsregister zijn ingestroomd moeten via de Herregistratie-eisen in 2020 voldoen aan opleidingsniveau 3 (IG). Alle kraamverzorgenden die nieuw worden opgeleid hebben in 2020 minimaal Verzorgende IG niveau 3 , andere opleidingsvormen moeten ook minimaal dit niveau bieden.

De kraamverzorgende blijft makkelijk benaderbaar en praktisch.

4. Samenvatting en Aanbevelingen

4.1 Samenvatting

Uit de zeven onderwerpen die door de Denktank zijn besproken en onderzocht komt het volgende beeld naar voren:

- Op het gebied van de 4 onderwerpen: Voorlichting, (3.2.1), Samenwerken (3.2.3), ICT (3.2.4) en Basishuishoudelijke taken (3.2.5) ligt er duidelijk een taak voor de kraamzorgorganisaties en opleidingsinstellingen. Zij moeten ervoor zorgen dat hun kraamverzorgenden aansluiting houden bij de snelle ontwikkelingen van deze tijd en de veranderingen die plaats vinden in de integrale geboortezorg, waardoor taakverschuiving plaats vindt. Hierbij is het van belang dat de verschillende organisaties binnen de geboortezorg overeenstemming dienen te bereiken over de taken en verantwoordelijkheden van de kraamverzorgenden. En dat er op het vlak van digitalisering stappen moeten worden gezet. Kraamverzorgenden moeten meegenomen worden in deze ontwikkelingen en empowered worden om op die taak voorbereid te zijn.
- De overige 3 onderwerpen: Partusassistentie (3.2.2), Specialistische kraamzorg (3.2.6) en Opleiding in 2020 (3.2.7) impliceren dat het basiskennisniveau van de kraamverzorgenden verhoogd moet worden. Dit wordt voor de huidige groep kraamverzorgenden in het Kwaliteitsregister geborgd door het aanscherpen van de Herregistratie-eisen die gelden vanaf 2016. Daarnaast moeten verscheidene opleidingen actief betrokken worden om de opleiding tot kraamverzorgende aan te passen naar het gewenste niveau.

Deze samenvatting leidt tot de onderstaande aanbevelingen.

4.2 Aanbevelingen

De kraamverzorgenden die in 2020 in de sector werken hebben andere kennis en vaardigheden nodig om mee te kunnen in ontwikkelingen binnen de geboortezorg. Daarvoor dient er veel te gebeuren.

Door substitutie van taken, taakverschuiving, verpleegtechnische handelingen e.d. verandert er veel. Dit geldt niet alleen voor de bijna 9000 kraamverzorgenden die momenteel in het Kwaliteitsregister staan, maar ook voor degene die nog aan haar opleiding moeten beginnen.

4.2.1 Nieuw op te leiden kraamverzorgenden

De opleiding tot kraamverzorgende moet in 2020 minimaal voldoen aan het profiel van een Verzorgende IG (MBO niveau 3):

1. Bieden van zorg en ondersteuning in de kraamzorg
2. Verlenen van vervroegde partusondersteuning en assisteren bij de partus, ongeacht waar de partus plaatsvindt
3. Zorg bieden aan moeder en kind

4. Informatie en voorlichting geven gericht op het omgaan met de nieuwe gezinssituatie

Voor gedetailleerde informatie verwijzen wij naar de inhoud van het concept Kwalificatiedossier Verzorgende IG (profiel Kraamzorg):

<http://www.calibris.nl/Onderwijsdocumenten/Kwalificatiedossiers/KD-s-2014-2015-%28concept%29/Kwalificatiedossier-Verzorgende-IG-%28conceptversie%29>

Om aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de integrale geboortezorg benadrukt de Denktank dat de kraamverzorgende naast het bovenstaande ook dient te beschikken over kennis en vaardigheden op het gebied van:

- medische zorg: verwijderen van hechtingen, zorg voor cliënt met katheter, bloeddruk meten, hielprik & gehoortest uitvoeren
- zorg bij zwangerschap gerelateerde aandoeningen zoals verhoogde bloeddruk, diabetes, vacuümextractie, fluxus, totaal ruptuur, dysmatuur
- premature baby/ couveuse nazorg
- zorg na sectio caesarea (keizersnede)

Na het behalen van haar opleiding Verzorgende-IG (profiel Kraamzorg) kan zij zich specialiseren als kraamspecialist op de volgende deelgebieden:

- kraamspecialist in zorg bij rouw
- kraamspecialist in zorg bij vrouwen met een psychiatrische ondersteuningsvraag
- kraamspecialist in zorg aan vrouwen met een sociale ondersteuningsvraag
- kraamspecialist in zorg bij pasgeborene met aangeboren afwijking
- kraamspecialist in zorg voor licht verstandelijk beperkten
- kraamspecialist in geïntegreerd huisbezoek
- kraamspecialist in borstvoeding

4.2.2 Kraamverzorgenden in het Kwaliteitsregister Kenniscentrum Kraamzorg

Het volgen van bij- en nascholing is een belangrijk onderdeel binnen het Kwaliteitsregister. De huidige groep van ±9000 kraamverzorgenden moet nu nog voldoen aan eisen die voor iedereen gelijk zijn. Gezien de ontwikkelingen binnen de keten van geboortezorg en daarmee binnen het vakgebied van de kraamverzorgende is het aanscherpen van de eisen voor herregistratie in het kwaliteitsregister wenselijk.

De Herregistratiecommissie krijgt de taak om hetgeen in hoofdstuk 4.2.1 wordt genoemd verder uit te werken in de herregistratie eisen die vanaf 2016 gaan gelden voor de huidige groep ingeschreven kraamverzorgenden in het kwaliteitsregister. Op deze manier worden deze kraamverzorgenden meegenomen in de ontwikkelingen en wordt geborgd dat ook zij voldoen aan de kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van het vak.

Daarnaast moet de herregistratiecommissie de toelatingseisen tot het kwaliteitsregister voor kraamverzorgenden die recent zijn opgeleid en/of herintreden opnieuw vaststellen. Voortschrijdend inzicht vanuit de herregistratiecommissie kan nog leiden tot wijzigingen in de hierboven genoemde opsomming.

4.3 Tot slot

Het voorliggende document wordt gehanteerd voor de aanpassing van het huidige Beroepscompetentieprofiel kraamverzorgende dat dateert uit 2009. Dit traject moet onder leiding van het Kenniscentrum Kraamzorg in december 2015 afgerond zijn. Het hernieuwde Beroepscompetentieprofiel gaat uit van de taken en bevoegdheden van de kraamverzorgende in 2020 en is de basis voor het kwalificatiedossier. Alle opleiders binnen de kraamzorg moeten hier de inhoud van de opleiding tot kraamverzorgende op baseren zodat alle nieuw opgeleide kraamverzorgenden de opleiding op het niveau Verzorgende IG niveau 3 (profiel Kraamzorg) verlaten.

Dit toekomstbeeld is samengesteld door:

Leden van de Denktank:

Lindy van Breda Vriesman
Hendrie Brunink/Hans van de Berg
Marianne Gorselink
Ria de Groot
Nelly de Jong
Sjan van Oene
Wim Peters
Janny Stolk Meijndert
Simone van der Veen

Kenniscentrum Kraamzorg:

Marie-Pauline van der Ven-de Vries, directeur
ven@kenniscentrumkraamzorg.nl
Esther van der Zwan, secretaris
zwan@kenniscentrumkraamzorg.nl

Hoofddorp, april 2015

Bijlage a:

Enquête

Inleiding

In december 2014 heeft het Kenniscentrum Kraamzorg alle kraamzorgorganisaties aangeschreven en hebben een korte vragenlijst online gezet over de toekomst van de kraamzorg. Ruim 450 kraamverzorgenden en betrokkenen uit de kraamzorg namen de moeite om de vragen te beantwoorden.

De uitkomsten

De online enquête is via de mail aan alle kraamzorgorganisaties gestuurd. Ook is deze via de website van het Kenniscentrum Kraamzorg bekeken en beantwoord. In totaal vulden 459 mensen de enquête in.

We beperken ons hieronder tot enkele opvallende uitkomsten.

Zorg en cliënten in 2020

Hoe denkt men dat de kerntaken van de kraamverzorgende kunnen veranderen, doordat de zorgvraag verandert?

- Een meerderheid (85%) verwacht dat kraamzorg in 2020 grotendeels geleverd wordt aan minderheidsgroepen, migranten en mensen met een laag inkomen.
- Bijna de helft denkt dat partusassistentie door kraamverzorgenden langzaam zal verdwijnen, doordat er steeds minder geplande thuisbevallingen zijn. Ruim een derde is het hiermee oneens.
- Een meerderheid (ruim 85%) is het oneens met de stelling dat de kraamvrouw in 2020 minder behoefte zal hebben aan ondersteuning in de persoonlijke basisverzorging.
- Een meerderheid (ruim 85%) is het oneens met de stelling dat de kraamverzorgende in 2020 meer tijd nodig heeft voor het verrichten van huishoudelijke taken.
- Een ruime meerderheid (bijna 90%) is het oneens met de stelling dat de kraamvrouw in 2020 minder behoefte zal hebben aan voorlichting.
- Bijna 85% denkt dat de noodzaak van kraamzorg in 2020 niet anders zal zijn dan nu. Tien procent is het hiermee oneens.

Organisatie van kraamzorg in 2020

Hoe denkt men dat de organisatie van de kraamzorg in de toekomst mogelijk verandert?

- Een meerderheid (70,46%) is het oneens met de stelling dat de meeste kraamverzorgenden in 2020 in het ziekenhuis of een bevalcentrum werken.
- 66,52% verwacht dat de meeste kraamverzorgenden in 2020 nog steeds in dienst van een kraamzorgorganisatie werken.
- Bijna 80% is het eens met de stelling dat kraamverzorgenden in 2020 mogelijk worden ingezet voor taken die nu door anderen worden verricht.

Hierbij wordt gedacht aan:

- overdracht naar jeugdgezondheidszorg (77,46%)
- ondersteuning vrouw tijdens ontsluiting (75,27%)
- inschrijving en intake kraamzorg (72,21%)

Opleiding & specialisaties

Hoe denkt men dat de opleiding in de toekomst mogelijk moet worden aangepast?

- 58,64% denkt dat er in de toekomst behoefte is aan hoger opgeleide kraamverzorgenden. 29,10% is het hiermee oneens.

- 82,06% vindt dat het huidige niveau 3 gehandhaafd moet worden, met aanvullende specialisaties.

Deze specialisaties vindt men hierbij relevant:

- zorg bij rouw (86,21%)
- zorg bij complexe borstvoedingsproblematiek (85,56%)
- zorg bij postpartum depressie (84,90%)
- zorg na keizersnede (83,59%)
- zorg bij gehandicapt kind (80,96%)

De 8 kerntaken van de kraamverzorgenden

De respondenten werd gevraagd om de kerntaken in volgorde van belangrijkheid te plaatsen. Deze 5 kerntaken vinden zij allen even belangrijk:

- verlenen van partusassistentie
- ondersteunen van de kraamvrouw bij de persoonlijke basiszorg
- ondersteunende begeleiding bieden aan de kraamvrouw
- voorlichting, advies en instructie geven aan de kraamvrouw en haar partner
- observeren, signaleren en rapporteren van psychosociale problemen

Bijlage b:

Bronnen

- ActiZ: Notitie en bijlage: Kraamverzorgende van de toekomst (januari 2015)
- Calibris: concept: Kwalificatiedossier Verzorgende-IG geldig vanaf augustus 2015 (maart 2015)
- Prof Dr. Gouke J. Bonsel: Presentatie: Dag van de Kraamzorg (september 2014)
- Kenniscentrum Kraamzorg: Meerjarenbeleidsplan 2014-2017 (december 2013)
- Stichting FAOT: Beroepscompetentieprofiel Kraamverzorgende (maart 2009)
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte: Advies: "Een goed begin" (december 2009)
- Zorginstituut Nederland: Concept rapport Kraamzorg: "Verzekerd van een goed begin?" (januari 2015)

