

## **Kraamzorg in ontwikkeling**

Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten



Aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hierbij ontvangt u het rapport met de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de kraamzorg in Nederland. Hiermee legt de inspectie de basis voor de verdere ontwikkeling van gefaseerd toezicht op de kraamzorg. De inspectie oefent niet alleen toezicht uit op basis van meldingen, maar handhaaft ook proactief op basis van een risicoanalyse.

Toen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004 gefaseerd toezicht begon te ontwikkelen voor de thuiszorginstellingen, wilde zij in deze lijn ook het toezicht op de kraamzorg vormgeven.

In maart 2007 zijn indicatoren vastgesteld voor de kraamzorg, aan de hand waarvan een vragenlijst voor kraamzorgaanbieders is opgesteld. In 2007 zijn van 93 kraamzorgaanbieders gegevens verwerkt, die informatie bieden over circa 85 procent van de thuisbevallingen in 2006. Ter aanvulling zijn in 2008 inspectiebezoeken afgelegd bij achttien kraamzorgaanbieders. De onderzoeksresultaten zijn vervolgens vergeleken met aanbevelingen uit het inspectierapport *Kraamzorg, kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid* uit 2001.

De onderzoeksresultaten laten zien dat kraamzorgaanbieders sinds 2001 hard hebben gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de kraamzorg. Veel kraamzorgaanbieders zijn inmiddels gecertificeerd en voldoen daarmee aan de randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde kraamzorg. Alle kraamzorgaanbieders beschikken over protocollen en richtlijnen om het professioneel handelen van kraamverzorgenden te ondersteunen. De meeste kraamzorgaanbieders realiseren bij- en nascholing voor de kraamverzorgenden.

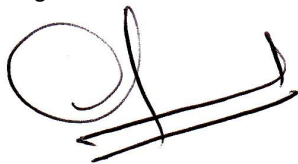
Er valt echter ook nog veel te verbeteren. Dit betreft met name medicatieveiligheid, onvoldoende doorvoering van het interne kwaliteitssysteem waarbij de zorgaanbieder MIC-meldingen onderzoekt om de eigen organisatie te verbeteren en het niet voldoen aan de wettelijke meldingsplicht van calamiteiten aan de inspectie. Ook vroegsignalering van (psychosociale) problemen en de kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst hebben extra aandacht nodig. Dit alles vergt vooral een betere samenwerking en communicatie tussen de ketenpartners. Die noodzaak werd in 2001 al geconstateerd, maar tot nu toe is deze samenwerking niet voldoende. Zo constateerde de inspectie in 2008 dat de vorm van de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders uiteenloopt, dat kraamzorgdossiers onvoldoende fungeren om te communiceren met verloskundigen en andere ketenpartners en dat schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden nauwelijks aanwezig is. Alle partijen zullen dus intensief moeten samenwerken om de ketenzorg te verbeteren.

De inspectie heeft achttien kraamzorgaanbieders bezocht. Bij negen aanbieders gaf de beoordeling geen reden tot het opvragen van een plan van aanpak. De overige negen hebben op verzoek van de inspectie een verbeterplan opgesteld. Bij vijf kraamzorgaanbieders biedt dit plan voldoende vertrouwen in de voortgang van de kwaliteitsontwikkeling. Bij vier kraamzorgaanbieders zal de inspectie de voortgang van het plan van aanpak in 2009 blijven volgen.

De inspectie zal met de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties afspreken welke kwaliteitsverbeteringen in de kraamzorg bereikt moeten worden. Hierbij zal de aandacht met name gericht zijn op de vier risicoaspecten die in het rapport naar voren komen. Verder wil de inspectie de resultaten uit het onderzoek aanreiken aan de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg voor het doorontwikkelen en implementeren van de nieuwe indicatorenset.

Verantwoorde kraamzorg is een basis voor een goede start van het kind. De inspectie wil met haar kritische signalering en strengere handhaving, als verbetering zoals aangegeven in dit rapport niet volgt, bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de kraamzorg en de keten waar de kraamzorg deel van uitmaakt.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, april 2009

## Samenvatting

In 2001 verscheen naar aanleiding van vragen van de Minister het inspectierapport *Kraamzorg, kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid*. Dat rapport bevatte een aantal aanbevelingen voor kraamzorgaanbieders om de kwaliteit van de kraamzorg te verbeteren. Aansluitend op dit rapport vond toezicht plaats op kraamzorg indien er zich calamiteiten voordeden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil echter niet alleen toezicht uitoefenen op basis van meldingen, maar vooral ook proactief handhaven zodat zij kwaliteitsaspecten kan borgen en daarmee juist calamiteiten kan voorkomen. Toen de inspectie in 2004 startte met de ontwikkeling van gefaseerd toezicht, wilde zij in deze lijn ook het toezicht op de kraamzorg inrichten. In 2005 kreeg de inspectiewerkgroep kraamzorg de taak gegevens te verzamelen om gefaseerd toezicht mogelijk te maken op kraamzorg. De inspectie startte daartoe in 2006 in samenwerking met het RIVM met het ontwikkelen van indicatoren.

Vervolgens stelde de inspectiewerkgroep kraamzorg aan de hand van deze indicatoren een vragenlijst samen voor kraamzorgaanbieders die zij in juli 2007 digitaal verstuurde aan 285 kraamzorgaanbieders. Via deze vragenlijsten kreeg de inspectie informatie over 2006; deze informatie besloeg circa 85 procent van de thuisbevallingen en leverde daarmee een representatief beeld.

Na verwerking van de resultaten van de vragenlijsten bezocht de inspectie achttien kraamzorgaanbieders om na te gaan in hoeverre de door middel van de vragenlijsten gesignaleerde risico's herkenbaar waren in de praktijk. Deze tweede fase startte in maart 2008 en liep tot en met juni 2008 met inspectiebezoeken aan achttien kraamzorgaanbieders.

Dit rapport gaat over de resultaten van de vragenlijsten en de achttien inspectiebezoeken. Ook worden de resultaten vergeleken met de aanbevelingen uit het inspectierapport van 2001. Met dit rapport wil de inspectie de basis leveren voor gefaseerd toezicht op de kraamzorg. Dit stelt haar immers in staat niet alleen reactief op basis van meldingen, maar ook proactief toezicht te houden en daarmee waar nodig de veiligheid, de effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid van de kraamzorg in Nederland een verdere impuls te geven.

De vraagstelling in dit rapport is dan ook driedig:

- 1 In hoeverre zijn de (rand)voorwaarden voor het leveren van verantwoorde kraamzorg sinds 2001 verbeterd?
- 2 In hoeverre zijn de via de vragenlijsten uit 2007 gesignaleerde risico's herkenbaar tijdens de bezoeken?
- 3 Wat kan en moet er verder verbeteren in de kwaliteit van de kraamzorg?

Voorafgaand aan de inspectiebezoeken selecteerde de werkgroep kraamzorg vier risicoaspecten op basis van de indicatoren en de actualiteit op het gebied van jeugd en gezin:

- 1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind; indicatoren hierbij zijn: correcte uitvoering van protocollen, volledige en juiste kraamzorgdossiers, goede overdracht/communicatie met ketenpartners, deskundige ondersteuning bij borstvoeding en bij- en nascholing.

- 2 Vroegsignalering van (psychosociale) problemen; indicatoren hierbij zijn het gebruik van protocollen voor vroegsignalering dan wel een risicosignaleringslijst alsmede de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en/of de Jeugdzorg.
- 3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst; indicatoren hierbij zijn bekendheid met gebruiken en specifieke gezondheidsrisico en de overbrugging van een eventuele taalbarrière.
- 4 Overige risicoaspecten; indicatoren hierbij zijn gericht op medicatieveiligheid, MIC-beleid (meldingen incidenten cliënten) en de wettelijk verplichte melding van calamiteiten aan de inspectie.

De onderzoeksresultaten laten zien dat de kraamzorg in Nederland sinds 2001 is verbeterd. Door de toename van kwaliteitskeurmerken zoals het HKZ-certificaat en het borstvoedingcertificaat zijn de randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde kraamzorg ontwikkeld. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de verschillende manieren waarop kraamzorgaanbieders de geleverde kwaliteit monitoren en uit de toegenomen bijscholing van kraamverzorgenden. Alle kraamzorgaanbieders beschikten bovendien over protocollen en richtlijnen ter ondersteuning van het professioneel handelen van kraamverzorgenden met uitzondering van die voor vroegsignalering van (psychosociale) problemen. Ook realiseerden de meeste kraamzorgaanbieders bij- en nascholing voor de kraamverzorgenden.

De gegevens uit de vragenlijsten werden echter niet altijd bevestigd tijdens de inspectiebezoeken in 2008. Vooral het beleid op het gebied van vroegsignalering van (psychosociale) problemen, MIC-registratie en het beleid bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst is minder operationeel dan op grond van de ingevulde vragenlijsten mocht worden aangenomen. De helft van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders moest op een of meer van de risicoaspecten verbeterpunten formuleren.

Om deze verbeteringen te realiseren, moeten de ketenpartners beter samenwerken en beter met elkaar communiceren. Dit werd in 2001 al geconstateerd, maar deze samenwerking is tot op heden onvoldoende gerealiseerd. Zo bleek dat de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders niet altijd even efficiënt werd vormgegeven, wat leidde tot tegenstrijdigheden in visie op en het uitvoeren van bepaalde handelingen. Verder bleken kraamzorgdossiers niet altijd te dienen als middel om te communiceren met verloskundigen en andere ketenpartners. Schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden was nauwelijks aanwezig.

Alle partijen zullen nu dus echt intensief moeten samenwerken om de ketenzorg te verbeteren. Veldpartijen moeten samen risico's in de keten en bijbehorende indicatoren definiëren, veldnormen ontwikkelen en verbeteringen doorvoeren. Zo moet het ontwikkelde instrument voor vroegsignalering van (psychosociale) problemen in 2009 daadwerkelijk gebruikt worden. Verdere maatregelen vindt u in paragraaf 2.3.

De inspectie zal op basis van de gesignaleerde risico's haar handhavingsnormen formuleren en stimulerende acties naar veldpartijen ondernemen om verantwoorde kraamzorg in de sector te borgen. Tevens volgt de inspectie de voortgang van de verbeteracties die kraamzorgaanbieders hebben vastgelegd in een plan van aanpak, naar aanleiding van de rapportage over de bezoeken in 2008. De inspectie zal in samenwerking met de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg (ondersteund door het programma Zichtbare Zorg) het gefaseerd toezicht op de kraamzorg verder ontwikkelen. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 2.4.

# Inhoudsopgave

## Samenvatting 5

### 1 Inleiding 9

### 2 Conclusies, maatregelen en handhaving 13

- 2.1 Voorwaarden voor kwaliteit in de kraamzorg zijn verbeterd 13
- 2.2 Resultaten inspectiebezoeken en vragenlijsten lopen nogal eens uiteen 14
- 2.3 Er zijn nog verbeterpunten 14
  - 2.3.1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind: vooral ketenzorg moet beter 14
  - 2.3.2 Vroegsignalering van (psycho)sociale problemen: alle partijen moeten het beter doen 17
  - 2.3.3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst: vooral verbeteringen nodig bij kraamzorgaanbieders 19
  - 2.3.4 Overige veiligheidsaspecten: alle partijen moeten het beter doen 19
- 2.4 Handhaving 20
  - 2.4.1 Uitgangspunten handhavingstaak 20
  - 2.4.2 Handhavingsplan 21
  - 2.4.3 Rol Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg en de IGZ-werkgroep kraamzorg 21
  - 2.4.4 Stimulerende acties richting branche- en beroepsorganisaties 22

### 3 Resultaten op de vier risicoaspecten 23

- 3.1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind 23
  - 3.1.1 De protocollen werden doorgaans correct uitgevoerd 24
  - 3.1.2 Kraamzorgdossiers maakten onvoldoende deel uit van communicatie in keten 26
  - 3.1.3 Communicatie met ketenpartners liet sterk te wensen over 27
  - 3.1.4 Deskundige ondersteuning bij borstvoeding: effectiviteit bleek onduidelijk 28
  - 3.1.5 Bij- en nascholing zijn goed in gang gezet 29
- 3.2 Vroegsignalering van (psychosociale) problemen 31
  - 3.2.1 Protocollen ontbraken en risicosignaleringslijsten waren nog niet operationeel 32
  - 3.2.2 Overdracht in alle schakels van de keten bleek lastig 33
- 3.3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst 34
  - 3.3.1 Kraamverzorgenden leerden in praktijk over rituelen en gebruiken; geen beleid vastgelegd 36
  - 3.3.2 Kraamzorgaanbieders en kraamverzorgenden bleken onbekend met gezondheidsrisico's 36
  - 3.3.3 Er waren weinig problemen met een taalbarrière 37
- 3.4 Overige risicoaspecten 37
  - 3.4.1 Medicatieveiligheid was niet goed geregeld 38
  - 3.4.2 MIC-beleid was niet bij iedereen bekend 39
  - 3.4.3 Wettelijke meldingsplicht aan inspectie: niet alle calamiteiten werden gemeld 40

### 4 Overige resultaten uit de vragenlijsten 41

- 4.1 Kwantitatieve gegevens over het veld 41
- 4.2 Personeelsbestand van de kraamzorgaanbieders 42

- 4.2.1 Er bleken grote verschillen in aantal personeelsleden tussen kraamzorgaanbieders 42
- 4.2.2 Over deskundigheid van ZZP'ers bleek weinig bekend 42
- 4.3 Certificering 43
  - 4.3.1 Meeste kraamzorgaanbieders bleken gecertificeerd 43
  - 4.3.2 Vooral kleine kraamzorgaanbieders hadden geen certificaat 44
- 4.4 Ervaringen met de Zorgveiling en andere vormen van bemiddeling 44
  - 4.4.1 Bijna alle kraamzorgaanbieders maakten gebruik van bemiddeling 45
  - 4.4.2 Ervaringen van kraamzorgaanbieders met bemiddeling liepen uiteen 45
- 5 Summary 46**

## **Bijlagen**

- 1 Literatuurlijst 49
- 2 Lijst van afkortingen 51
- 3 Tweede fase instrument voor de kraamzorg 52



# 1 Inleiding

## **Voorgeschiedenis en aanleiding**

Het is uniek voor Europa dat bijna alle vrouwen in Nederland na een bevalling professionele kraamzorg thuis krijgen en dat circa een derde thuis bevalt. Kraamzorg is een schakel in de keten die thuis of in het ziekenhuis begint en doorloopt in de jeugd-gezondheidszorg (JGZ). De JGZ richt zich op de preventieve begeleiding van de groei en ontwikkeling van alle kinderen van 0 tot 19 jaar.

Dit rapport kent een lange voorgeschiedenis. In 2001 is naar aanleiding van vragen van de Minister het inspectierapport verschenen *Kraamzorg, kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid* (Den Haag, oktober 2001, verder te noemen het 2001-rapport). Een van de conclusies was dat het kwaliteitsbeleid zich verder moest ontwikkelen. Ook bleek dat slechts 5 van de 45 onderzochte kraamzorgaanbieders het implementeren van de Basiskwaliteitseisen<sup>[1]</sup> hadden afgerond. Het rapport kwam met een aantal aanbevelingen voor kraamzorgaanbieders<sup>[2]</sup> om de kwaliteit van de kraamzorg te verbeteren.

Aansluitend op dit rapport vond incidenteel toezicht plaats naar aanleiding van calamiteiten binnen kraamzorg. De inspectie wil haar handhaving niet alleen richten op onderzoek naar aanleiding van meldingen, maar ook op basis van een risicoanalyse proactief handhaven. Toen de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2004 startte met de ontwikkeling van gefaseerd toezicht voor de thuiszorg, wilde zij in deze lijn ook het toezicht op de kraamzorg vormgeven.

In 2005 startte binnen de inspectie de werkgroep kraamzorg. De werkgroep wilde door middel van onderzoek gegevens verzamelen om gefaseerd toezicht mogelijk te maken op kraamzorg. In 2006 werd in samenwerking met het RIVM gestart met het ontwikkelen van indicatoren. Op basis van onderzoek naar (inter)nationaal wetenschappelijke literatuur, een expertmeeting en twee schriftelijke Delphirondes werden twintig indicatoren vastgesteld<sup>[3]</sup>.

Aan de hand van deze indicatoren werd een vragenlijst samengesteld voor kraamzorgaanbieders die na twee pilots in juli 2007 digitaal werd verstuurd aan 285 kraamzorgaanbieders. Via deze vragenlijsten<sup>[4]</sup> kreeg de inspectie informatie over 2006; deze informatie besloeg circa 85 procent van de thuisbevallingen<sup>[5]</sup> en levert daarmee een representatief beeld.

---

[1] *Basiskwaliteitseisen Kraamzorg*; BTN, KNOV, LCK, Z-org (voorheen LVT), STING, ZN, Bunnik, december 1999.

[2] In dit rapport worden organisaties die kraamzorg leveren aangeduid als kraamzorgaanbieders.

[3] *Indicatoren voor de Kraamzorg, Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen*, RIVM, Billthoven, april 2007.

[4] De Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg heeft de informatie uit deze vragenlijsten ook gebruikt bij het ontwikkelen van het visiedocument *Verantwoorde kraamzorg*.

[5] Volgens het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) brachten in Nederland in 2006 ruim 183.000 vrouwen iets meer dan 185.000 levensvatbare kinderen ter wereld. In 2006 waren er 3.244 meerlinggeboorten. Volgens het CBS ligt het thuisbevallingpercentage op circa 33 procent. Gerelateerd aan de cijfers over de kraamzorgperiode waarover de kraamzorgaanbieders gegevens hebben aangeleverd, bleek dat de vragenlijst informatie gaf over circa 85 procent van de thuisbevallingen in 2006.

Na verwerking van de resultaten van de vragenlijsten bezocht de inspectie kraamzorg-aanbieders om na te gaan in hoeverre de door middel van de vragenlijsten gesignaleerde risico's herkenbaar waren in de praktijk en daadwerkelijk risico's weergegeven. Deze tweede fase startte in maart 2008 en liep tot en met juni 2008 met inspectiebezoeken aan achttien kraamzorgaanbieders.

Dit rapport gaat over de resultaten van de vragenlijsten en de achttien inspectiebezoeken. De resultaten worden vergeleken met de aanbevelingen uit het inspectierapport van 2001.

### **Doelstelling**

Zoals gezegd kwam in 2005 gefaseerd toezicht tot stand voor de thuiszorgorganisaties. Op dat moment waren er echter geen indicatoren voor kraamzorg en was het niet duidelijk in hoeverre de aanbevelingen uit het genoemde 2001-rapport waren omgezet in praktijkresultaten.

Met dit rapport wil de inspectie de basis leveren voor gefaseerd toezicht op de kraamzorg. Gefaseerd toezicht stelt haar in staat niet alleen reactief op basis van meldingen, maar ook proactief toezicht te houden en daarmee waar nodig de veiligheid, de effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid van de kraamzorg in Nederland een verdere impuls te geven om zo de basis te leggen voor verantwoorde kraamzorg voor moeder en kind.

Verder wil zij de resultaten gebruiken bij de implementatie van de indicatorenset die de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg ontwikkelt.

### **Centrale vragen**

De vraagstelling in dit rapport is drieledig:

- 1 In hoeverre zijn de (rand)voorwaarden voor het leveren van verantwoorde kraamzorg sinds 2001 verbeterd?
- 2 In hoeverre zijn de via de vragenlijsten gesignaleerde risico's herkenbaar in de praktijk?
- 3 Wat kan en moet er verder verbeteren in de kwaliteit van de kraamzorg?

Wel moet hierbij als kanttekening worden geplaatst dat – door voortschrijdend inzicht en deels gewijzigde omstandigheden – de aanbevelingen uit het 2001-rapport, de indicatoren in de vragenlijsten van 2006-2007 en de onderzochte risicoaspecten/-indicatoren die tijdens de bezoeken centraal stonden, niet op alle aspecten congruent zijn.

### **Onderzoeksmethode**

Het onderzoek bestond uit twee fasen: de vragenlijsten uit 2007 en de inspectiebezoeken in 2008.

#### *Fase 1: de vragenlijsten (2007)*

Om de eerste centrale vraag te beantwoorden, werden in het kader van gefaseerd toezicht indicatoren ontwikkeld; dit gebeurde in samenwerking met het RIVM. In de eerste fase van het toezicht werden de zorgaanbieders hierop bevestigd door middel van digitale vragenlijsten. Op basis van de antwoorden werd per kraamzorgaanbieder een risicoscore bepaald, waarmee de inspectie een beeld kreeg over mogelijk aanwezige risico's in de geleverde kwaliteit van zorg.

In totaal stuurden 93 kraamzorgaanbieders deze vragenlijsten retour (soms na een schriftelijk en/of telefonisch rappel). 137 vragenlijsten werden ongeopend geretourneerd als gevolg van een incorrect adressenbestand. 29 instellingen bleken geen kraamzorg te verlenen. Van de overige 119 instellingen waren er dus 26 non-respondenten.

#### *Fase 2: de bezoeken (2008)*

Voor de beantwoording van de drie centrale vragen werden in de tweede fase van het toezicht achttien kraamzorgaanbieders bezocht. De selectie van de kraamzorgaanbieders vond plaats op basis van de regio, de grootte en het type kraamzorgaanbieder<sup>[6]</sup>.

Voorafgaand aan deze inspectiebezoeken selecteerde de IGZ werkgroep kraamzorg vier risicoaspecten op basis van de indicatoren en de actualiteit onder andere de beleidsvisie op Jeugd en Gezin:

- 1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind; indicatoren hierbij zijn: correcte uitvoering van protocollen, volledige en juiste kraamzorgdossiers, goede overdracht/communicatie met ketenpartners, deskundige ondersteuning bij borstvoeding en bij- en nascholing.
- 2 Vroegsignalering van (psychosociale) problemen; indicatoren hierbij zijn het gebruik van protocollen voor vroegsignalering dan wel een risicosignaleringslijst alsmede de overdracht naar de JGZ en/of de Jeugdzorg.
- 3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst<sup>[7][8]</sup>; indicatoren hierbij zijn bekendheid met gebruiken en rituelen en specifieke gezondheidsrisico en de overbrugging van een eventuele taalbarrière.
- 4 Overige risicoaspecten: indicatoren hierbij zijn gericht op medicatieveiligheid<sup>[9]</sup>, MIC-beleid (meldingen incidenten cliënten) en de wettelijk verplichte melding van calamiteiten aan de inspectie.

Tegelijkertijd ontwikkelde de werkgroep een werkdocument en een bezoekdocument, afgestemd op de resultaten van de vragenlijst. In dit werkdocument komen de gekozen risicoaspecten aan bod, het gehanteerde beoordelingskader en de daarbij gebruikte normen. Aan de hand van het bezoekdocument vonden de inspectiebezoeken plaats.

Ter verificatie van de uitkomsten van de vragenlijsten (vraag 2) en als input voor de verbeterpunten (vraag 3), ging de inspectie als volgt te werk.

- Voorafgaande aan het inspectiebezoek is de kraamzorgaanbieder schriftelijk verzocht om inzage in de volgende documenten bij aanvang van het bezoek: het (meer)jarenbeleidsplan, een organogram, evaluatiegegevens van de kraamvrouw, het (kwaliteits)jaarverslag, registratie van behandelde klachten, registratie van

[6] Normaal gesproken wordt de selectie van de te bezoeken instellingen bepaald door de risicoscore. Door automatiseringsproblemen lukte het de inspectie in 2008 niet de risicoscores te koppelen aan de kraamzorgaanbieders. Daarom is voor deze afwijkende selectieprocedure gekozen. Inmiddels is deze koppeling wel weer mogelijk.

[7] Hiermee worden westerse en niet-westerse allochtone gezinnen bedoeld waarbij de gebruiken en rituelen rond zwangerschap en geboorte anders zijn dan gebruikelijk in de Nederlandse cultuur.

[8] Voor dit aspect werd gekozen omdat het 2001-rapport dit signaleerde als risico. Uit het hogere sterftecijfer van zuigelingen blijkt het risico in deze gezinnen groter te zijn dan in autochtone gezinnen. ( zie ook *'Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland'*, Garssen en van der Meulen 2004 alsmede *'Quality of perinatal care in a multi-ethnic population'* M. Alderliesten, 2006).

[9] Medicatieveiligheid hoort enerzijds bij zorginhoudelijke veiligheid en vormt anderzijds een onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem. Hoewel de inspectie zich realiseert dat medicatieveiligheid ook een zorginhoudelijk veiligheidsaspect is, heeft ze voor deze indeling gekozen.

(bijna) incidenten, het scholingsplan, een overzicht van medewerkers en door hen gevolgde trainingen en het opleidingsniveau, alsmede de gebruikte protocollen en richtlijnen.

- Daarnaast werd hun verzocht vier kraamzorgdossiers ter inzage klaar te leggen, met een schriftelijke toestemming van de kraamvrouw tot inzage door de inspecteur in het dossier van de kraamvrouw.
- In de documentenanalyse is per kraamzorgaanbieder gekeken naar de actualiteit van de gegevens.
- Tijdens de gesprekken met de kraamverzorgenden werd nagegaan of de schriftelijke gegevens en protocollen bij hen bekend waren.
- Naast de documentenanalyse en de gesprekken met kraamverzorgenden zijn gesprekken gevoerd met de directie en/of het management, met de kraamzorgplanner en eventuele andere leidinggevenden.

### Normenkader en beoordelingskader

Als normenkader is gebruikt: de Kwaliteitswet zorginstellingen, het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg versie 3 (LIP), de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg versie 2 en het RIVM-rapport Indicatoren voor de kraamzorg.

Het beoordelingskader tijdens de inspectiebezoeken was risicogericht: geen risico, gering risico, hoog risico en zeer hoog risico. Hieronder vindt u een overzicht van de normering daarbij.

<i>Mate van risico</i>	<i>Normering</i>
Geen risico	De inspectie constateert geen (rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.
Gering risico	De inspectie constateert weliswaar (rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar deze vormen niet direct een bedreiging voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.
Hoog risico	De inspectie constateert (rand)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.
Zeer hoog risico	De inspectie constateert (rand)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.

Deze risico-indeling werd per risicoaspect, gebaseerd op de indicatoren, gedefinieerd. Aan ieder rapport dat is geschreven naar aanleiding van een inspectiebezoek, zijn bijlagen toegevoegd waarmee de indicatoren en het beoordelingskader voor de bezochte kraamzorgaanbieder zijn onderbouwd.

## 2 Conclusies, maatregelen en handhaving

In paragraaf 2.1 komt aan de orde in hoeverre de (rand)voorwaarden voor de kwaliteit in de kraamzorg sinds 2001 zijn verbeterd. In paragraaf 2.2 vindt u het antwoord op de vraag in hoeverre de via de vragenlijsten gesignaleerde risico's herkenbaar zijn in de praktijk. In paragraaf 2.3 volgt het antwoord op de vraag wat er verder kan en moet verbeteren. In deze paragraaf vindt u tevens adviezen en de door de kraamzorg-aanbieders en brancheorganisaties te treffen maatregelen. Dit betreft zowel de brancheorganisaties van kraamzorgaanbieders (BTN, ActiZ en SPOT) als de brancheorganisatie van verloskundigen (KNOV) als de beroepsorganisaties voor kraamverzorgenden (NBvK en Sting). In paragraaf 2.4 vindt u tot slot een overzicht van de handhavingmaatregelen die de inspectie in de kraamzorg wil treffen.

### 2.1 Voorwaarden voor kwaliteit in de kraamzorg zijn verbeterd

In het 2001-rapport kwam een groot aantal tekortkomingen aan het licht. In vijf jaar tijd blijkt er veel vooruitgang te zijn geboekt in de (rand)voorwaarden voor kwaliteit van kraamzorg. Zo zijn veel kraamzorgaanbieders inmiddels (HKZ-)gecertificeerd, waarmee de randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde kraamzorg vaker gerealiseerd zijn. De meeste aanbieders realiseerden bij- en nascholing voor de kraamverzorgenden. Alle aanbieders beschikten bovendien over protocollen en richtlijnen ter ondersteuning van het professioneel handelen van kraamverzorgenden. Een uitzondering hierop is het protocol voor vroegsignalering van (psychosociale) problemen.

De vooruitgang – voor zover tot uiting komend in de aanwezigheid van documenten, zoals blijkt uit de ingevulde vragenlijsten – is zichtbaar in de tabel 1.

Tabel 1 Ontwikkeling in kwaliteit kraamzorgaanbieders 2001-2006		
<i>Aangetroffen documenten</i>	<i>2001 (n = 45) % (aantal)</i>	<i>2006 (n = 93) % (aantal)</i>
Kwaliteitsjaarverslag	38 (17)	100 (93)
Schriftelijk vastgesteld kwaliteitsbeleid	67 (30)	100 (93)
Klachtenregeling/procedure <sup>[10]</sup>	47 (21)	100 (93)
Cliënttevredenheidspelingen	82 (37)	100 (93)
Borstvoedingscertificaat	9 (4)	78 (73)
Protocollen	67 (30)	100 (93)

Niettemin valt er ook nog het nodige te verbeteren; deze verbeterpunten komen aan de orde in 2.3.

[10] Tijdens de inspectiebezoeken in 2008 bleek het aantal geregistreerde en behandelde klachten overigens erg klein te zijn.

## 2.2 Resultaten inspectiebezoeken en vragenlijsten lopen nogal eens uiteen

De conclusies op basis van de analyse van de gegevens uit de vragenlijsten werden echter niet altijd bevestigd tijdens de inspectiebezoeken in 2008. De discrepantie tussen de vragenlijsten en de bevindingen uit de inspectiebezoeken werd vooral aangetoond bij de gegevens over vroegsignalering van (psycho)sociale problemen, MIC-registratie en het beleid bij kraamzorg in gezinnen van niet-Nederlandse afkomst: al dit beleid is minder operationeel dan op grond van de vragenlijsten mocht worden aangenomen. Het kan zijn dat bij het invullen van de vragenlijst de sociale wenselijkheid door de formulering van vragen hier debet aan is<sup>[11]</sup>.

## 2.3 Er zijn nog verbeterpunten

Tijdens de bezoeken werd geconstateerd dat de helft van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders op een of meer risicoaspecten verbeterpunten moest formuleren. Dit betreft met name veiligheidsaspecten zoals medicatieveiligheid, MIC-beleid en meldingsplicht van calamiteiten aan de inspectie. Ook vroegsignalering van (psycho) sociale problemen en de kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst moeten verbeterd.

Hiervoor is echter een verbetering nodig in de samenwerking en de communicatie tussen de ketenpartners. Dit werd in 2001 al geconstateerd, maar deze samenwerking is tot op heden onvoldoende gerealiseerd. Zo bleek dat de samenwerking tussen verloskundigen en kraamzorgaanbieders op verschillende manieren wordt vormgegeven, wat leidde tot tegenstrijdigheden in visie op en het uitvoeren van bepaalde handelingen. Verder bleken kraamzorgdossiers niet te fungeren als middel om te communiceren met verloskundigen en andere ketenpartners. Ook schriftelijk beleid over samenwerkingsverbanden was nauwelijks aanwezig.

Alle partijen zullen intensief moeten samenwerken om de ketenzorg te verbeteren. Hieronder volgt een uitwerking op de vier onderscheiden risicoaspecten, gevolgd door de benodigde maatregelen. De belangrijkste conclusies en de daarbij horende indicatoren zijn gecursiveerd.

### 2.3.1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind: vooral ketenzorg moet beter

*De communicatie is onvoldoende geborgd: de kraamverzorgende en de verloskundige ontmoetten elkaar veelal niet, het kraamzorgdossier maakte geen deel uit van de communicatie binnen de keten en was geen middel waarin alle betrokkenen hun bevindingen konden rapporteren.*

Tijdens de inspectiebezoeken zijn 68 kraamzorgdossiers bestudeerd. Het bleek om te beginnen dat niet alle kraamzorgdossiers consequent en volledig waren ingevuld. Veel werd ingevuld op lijsten die geen deel uitmaakten van het kraamzorgdossier. Ook werden gegevens na het afsluiten van de kraamperiode niet systematisch bewaard.

De verloskundige bleek een eigen rapportage te hebben, los van het kraamzorgdossier. Het was niet altijd terug te lezen in het kraamzorgdossier of de verloskundige was

---

[11] Deze discrepanties zijn niet nader onderzocht. Hiervoor is gekozen omdat met de ontwikkeling van indicatoren door de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg hiermee rekening wordt gehouden.

langsgekomen bij de kraamvrouw. De kraamverzorgende wist niet altijd of de verloskundige het dossier had gelezen en of er met de kraamvrouw afspraken waren gemaakt die ook voor de kraamverzorgende van belang waren om te weten. Dit klemt te meer doordat de kraamverzorgende de verloskundige niet altijd ontmoette. Deze versnipperde communicatie benadeelde de afstemming en belemmerde het tijdig gezamenlijk bespreken van eventuele risico's.

*Het was via het kraamzorgdossier niet te achterhalen of een herindicatie had plaatsgevonden conform het LIP.*

Het Landelijk Indicatie Protocol (LIP) beschrijft het proces van vraag naar aanbod, waarin verschillende stappen worden onderscheiden. De (her)indicatie voor de kraamzorg is bepalend voor de duur van de kraamzorg. Op twee vastgestelde momenten moet de verloskundige een herindicatie verrichten, waardoor het aantal geïndiceerde uren eventueel bijgesteld kan worden indien dit nodig blijkt te zijn.

Tijdens de inspectiebezoeken in 2008 werden geen gegevens gevonden in de kraamzorgdossiers waaruit de herindicaties conform het LIP bleken. Tijdens de gesprekken werd verteld dat het aantal uren van de eerste indicatie weinig werd bijgesteld. Kraamzorguren werden voor de urendeclaraties wel bijgehouden maar het was niet te herleiden of een herindicatie had plaatsgevonden conform het LIP.

*De samenwerkingsafspraken stonden niet op schrift.*

Tijdens de inspectiebezoeken in 2008 bleek dat de kraamzorgaanbieders vrijwel geen samenwerkingsafspraken met ketenpartners hadden vastgelegd. Er bestond geen uniforme werkwijze over de uitwisseling van gegevens van de kraamzorgaanbieder met JGZ, jeugdzorg, huisarts of verloskundige. In het 2001-rapport staat ook dat er te weinig afspraken gemaakt zijn tussen kraamzorgaanbieders en zorgverleners in de keten zoals verloskundigen, huisartsen, JGZ en ziekenhuizen. Ondanks enkele regionale ontwikkelingen in de vorm van een kwartaaloverleg, was de ketenzorg zeven jaar later nog steeds onvoldoende vormgegeven.

*De kraamzorggegevens werden slecht bewaard.*

De kraamzorgaanbieders gaven verschillende invullingen aan het bewaren van kraamzorggegevens. Deze gegevens vallen onder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), maar daarover bleek in het veld verschillend te worden gedacht. Het was het niet duidelijk wie welke gegevens moet bewaren. Ook was het voor kraamzorgaanbieders niet duidelijk of de taak van de verloskundige hierin anders was dan die van de kraamzorgaanbieder. Relevante gegevens voor een volgende kraamperiode waren daardoor moeizaam of niet te achterhalen.

### **Maatregelen voor de kraamzorgaanbieders**

Ontwikkel in 2009 uw functie in de keten.

- Ontwikkel in samenspraak met ketenpartners een dossier waarin de ketenpartners hun samenwerking kunnen afstemmen.
- Zoek inhoudelijke afstemming met verloskundigen over protocollen, richtlijnen, werkwijzen en leg dit gezamenlijk vast.
- School kraamverzorgenden in het correct omgaan met ketenrapportage.

### Adviezen voor branche- en beroepsorganisaties

Ontwikkel in 2009 de ketenpositie van de kraamzorg en stel hiervoor beleid vast.

- Ontwikkel ketenzorgindicatoren die gerelateerd zijn aan kraamzorg.
- Definieer risico's in de keten en stel hiervoor veldnormen vast.
- Ontwikkel een veldnorm over de inhoud en het gebruik van kraamzorgdossiers, zodat het dossier bruikbaar is als communicatiemiddel in de keten.
- Stem de inhoud van deze veldnormen over risico's en dossiervorming af met ketenpartijen zoals de jeugd(gezondheids)zorg.
- Ontwikkel een veldnorm over het stellen en vastleggen van herindicaties conform het LIP.

*Het blijkt onduidelijk of het certificeren leidt tot langer doorgaan met borstvoeding.*

Sinds 2001 is er meer aandacht voor het borstvoedingsbeleid, zo blijkt uit de toename van borstvoedingscertificaten. De aanbevelingen uit het 2001-rapport om het certificeren van borstvoeding te bevorderen, zijn opgevolgd. In hoeverre de financiering hierin een rol speelt, was onduidelijk. Zorgverzekeraars stellen dit certificaat als eis, net als overigens het bezit van een HKZ-certificaat.

Echter, uit een berekening die de inspectie op basis van ingevulde vragenlijsten heeft gemaakt, bleek dat het niet duidelijk was of er relatie is tussen een toename van het aantal certificaten en het aantal vrouwen dat na de kraamtijd doorgaat met het geven van borstvoeding. Deze bevinding komt overeen met die van TNO-onderzoek<sup>[12]</sup>.

### Maatregel voor de kraamzorgaanbieders

Stel in 2009 beleid vast voor borst- en flesvoeding en zorg voor strikte naleving hiervan.

### Adviezen voor branche- en beroepsorganisaties

- Ondersteun kraamzorgaanbieders en kraamverzorgenden in de samenwerking op dit terrein en bepaal veldnormen over borst- en flesvoeding en het omgaan met spenen.
- Stimuleer onderzoek over de effecten van het borstvoedingscertificaat.

*De deskundigheidsbevordering is sterk verbeterd, maar de deskundigheid van Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP) was niet in beeld.*

Uit de inspectiebezoeken in 2008 bleek dat het merendeel van de kraamzorgaanbieders (87%) een scholingsplan had voor kraamverzorgenden in vaste dienst. Daarnaast hield 94 procent een overzicht bij over de scholing en het kwalificatieniveau van de kraamverzorgenden. Om de deskundigheid te bevorderen, hanteerden alle kraamzorg-

[12] Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2005: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding, maart 2006.



aanbieders protocollen waarmee de kraamverzorgenden moeten werken in de praktijk; ook hielden zij functionerings- en beoordelingsgesprekken.

Wat de ZZP'ers betreft lag dit meestal anders: een ZZP'er bepaalt zelf de mate van (bij)scholing. In hoeverre dit gevolgen had voor kwaliteit en deskundigheid was niet duidelijk. Bijgevolg heeft de inspectie geen zicht op de bij- en nascholing van de ZZP'ers.

Uitgangspunt van de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg is dat de indicatoren voor verantwoorde kraamzorg gelden voor alle kraamverzorgenden, ongeacht de organisatievorm waarbinnen zij werkzaam zijn of de contractvorm. Daarom is in februari 2009 in de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg de positie van de ZZP'er in de kraamzorg aan de orde gesteld in relatie tot het leveren van verantwoorde kraamzorg en de te leveren kwaliteit. Uit deze discussie blijkt onder meer dat de huidige constructies ertoe leiden dat noch de zorgverzekeraars noch de IGZ op de door hen gewenste wijze de kwaliteit van de zorg die de ZZP'er verleent, kunnen controleren.

#### **Maatregel voor de kraamzorgaanbieders en ZZP'ers**

Zorg voor voldoende scholingsmogelijkheid.

#### **Advies voor VWS**

Nodig de bij de kraamzorg betrokken partijen uit met een gezamenlijke probleem-analyse te komen over de positie van de ZZP'er. Initieer vervolgens op basis van deze analyse de oplossingen.

#### **Adviezen voor branche- en beroepsorganisaties**

Rond de ontwikkeling van een keurmerk voor ZZP'ers in 2009 af.

### **2.3.2 Vroegsignalering van (psycho)sociale problemen: alle partijen moeten het beter doen**

Vroegsignalering van (psycho)sociale problemen is het onderwerp bij uitstek dat gerelateerd is aan ketenzorg. Echter, vroegsignalering werd door onvoldoende communicatie tussen de ketenpartners en de vaak gebrekkige samenwerkingsverbanden niet bevorderd. Een van de oorzaken bleek het ontbreken van protocollen voor vroegsignalering.

*Protocollen over vroegsignalering ontbraken en risicosignaleringslijsten bleken niet operationeel.*

Volgens de vragenlijsten (n = 93) bleek dat 64 procent van de kraamzorgaanbieders in het bezit zou zijn van een protocol over vroegsignalering. Tijdens de inspectiebezoeken in 2008 vond de inspectie echter bij zes van de achttien (33%) kraamzorgaanbieders een protocol.

Uit gegevens van de vragenlijsten kwam naar voren dat 69 procent van de kraamzorgaanbieders het personeel geïnstrueerd heeft over vroegsignalering. Tijdens de inspectiebezoeken gaven de kraamverzorgenden aan dat ze bij een niet-pluisgevoel het management van de kraamzorgaanbieder inschakelen. Tevens bleek in 2008 dat iets meer dan de helft van de kraamzorgaanbieders (tien van de achttien) hadden deelgenomen of in 2008 gepland hadden deel te nemen aan een landelijke cursus over vroegsignalering, in een 'train-de-trainerconstructie'.

Onder meer door het onderzoek van TNO over vroegsignalering<sup>[13]</sup> is in maart 2008 de derde versie van het LIP is vastgesteld<sup>[14]</sup>. Op basis van dit onderzoek is een vroegsignaleringsinstrument ontwikkeld waardoor de kraamverzorgende gestimuleerd en ondersteund wordt om signalen over vroegsignalering aan te geven. In 2008 werd echter nog niet gewerkt met deze lijst. De samenwerking tussen de ketenpartners moet verbeterd worden zodat het instrument adequaat te implementeren is.

*Overdracht in alle schakels van de keten bleek lastig.*

De overdracht naar de JGZ geschiedt via een formulier waarop de kraamverzorgende bij het onderdeel 'bijzonderheden' de eventuele signalen over vroegsignalering moet vastleggen. De kraamvrouw moet dit formulier ondertekenen.

Tijdens de inspectiebezoeken gaven de kraamverzorgenden aan het lastig te vinden de juiste formulering en toon te vinden, indien zij problemen signaleren in het gezin. Wel vertelden elf van de achttien kraamzorgaanbieders dat zij samenwerken met verloskundigen en huisartsen. Zes van de achttien vertelden over een samenwerkingsverband met het consultatiebureau. Deze samenwerkingsverbanden kregen vorm in een kwartaaloverleg. Regionaal verschilden deze overlegsituaties qua samenstelling: soms was JGZ of Jeugdzorg aanwezig en soms niet. Uit de notulen van deze overlegsituaties bleek wel dat de vroegsignalering een vast overlegonderwerp is.

### **Maatregelen voor de kraamzorgaanbieders**

Stel in 2009 beleid vast over vroegsignalering.

- Implementeer het vroegsignaleringsinstrument van TNO.
- Geef de opleiding over vroegsignalering in de praktijk verder vorm.
- Faciliteer kraamverzorgenden in het operationaliseren van het beleid over vroegsignalering.
- Leg samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners over vroegsignalering vast.

### **Advies voor branche- en beroepsorganisaties**

Ondersteun de kraamzorgaanbieders en de kraamverzorgenden bij het opstellen en invoeren van het vroegsignaleringsinstrument gebaseerd op het onderzoek van TNO.

[13] Preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode, TNO, Kwaliteit voor Leven, september 2007

[14] De eerste versie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg werd in september 2005 vastgesteld en is ontwikkeld door Actiz, BTN, KNOV, LVG en Sting. Zorgverzekeraars Nederland adviseerde haar leden om vanaf 1 januari 2006 volgens dit protocol te werken.

### 2.3.3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst: vooral verbeteringen nodig bij kraamzorgaanbieders

*Kraamverzorgenden leerden over gebruiken en kraamrituelen in de zorgpraktijk maar beleid is niet vastgelegd.*

Tijdens de inspectiebezoeken bleken de kraamverzorgenden weliswaar bekend te zijn met verschillen in gebruiken en kraamrituelen tijdens de kraamtijd in gezinnen van niet-Nederlandse afkomst, maar hierover werd slechts bij zes kraamzorgaanbieders schriftelijk beleid aangetroffen ter ondersteuning of scholing van de kraamverzorgenden.

*Kraamzorgaanbieders en kraamverzorgenden bleken niet bekend met gezondheidsrisico's.*

Niet één kraamzorgaanbieder beschikte over informatie over specifieke gezondheidsrisico's bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst. Ook de kraamverzorgenden konden hierover niets vertellen.

*Er waren weinig problemen met een taalbarrière.*

De meeste kraamverzorgenden ervoeren geen probleem met taalbarrières. Soms gebruikten zij een mantelzorger als tolk tijdens de kraamtijd.

#### **Maatregelen voor de kraamzorgaanbieders**

Ontwikkel in 2009 beleid over kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst.

- Faciliteer de scholing van kraamverzorgenden over specifieke gezondheidsrisico's en kraamrituelen.
- Formuleer hoe de kraamverzorgenden bij bepaalde kraamrituelen en gebruiken moet handelen.

#### **Advies voor branche- en beroepsorganisaties**

Ontwikkel in 2009 beleid voor specifieke gezondheidsrisico's en kraamgebruiken en -rituelen.

### 2.3.4 Overige veiligheidsaspecten: alle partijen moeten het beter doen

*Kraamverzorgenden onderschatten de medicatieveiligheid.*

Kraamverzorgenden mogen alleen na overleg met de verloskundige adviezen geven<sup>[15]</sup> over Algemene Verkoopgeneesmiddelen<sup>[16]</sup> (AV-geneesmiddelen). Hierover bleken echter verschillende opvattingen te bestaan tussen de directies van kraamzorgaanbieders, de kraamverzorgenden en de verloskundigen. Het risico van in alcohol opgeloste homeopathische of fytotherapeutische middelen werd bijvoorbeeld onderschat. Ook qua advisering over deze AV-geneesmiddelen verschilden visies en werkwijzen.

[15] Gekwalificeerd voor de Toekomst; Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging (juni 1996)

[16] Zelfzorggeneesmiddelen die in de vrije verkoop zonder recept te verkrijgen zijn.

*Uitvoering MIC-beleid liet te wensen over.*

Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat tweederde van de kraamzorgaanbieders beleid over Melding Incidenten Cliënten (MIC) had ontwikkeld. Tijdens de inspectie-bezoeken in 2008 bleek dit echter slechts bij de helft van de bezochte kraamzorgaanbieders het geval te zijn. Bij deze kraamzorgaanbieders waren de MIC-meldingen ook geen aanleiding het beleid bij te stellen om herhaling te voorkomen. Bovendien bleek dat bij slechts vier van de achttien kraamzorgaanbieders de kraamverzorgenden zelf bekend te zijn met het MIC-beleid.

*Meldingsplicht was onvoldoende bekend.*

Tot slot bleek uit de gesprekken dat de meeste kraamzorgaanbieders niet op de hoogte waren van de wettelijke plicht om calamiteiten te melden aan de inspectie op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

**Maatregelen voor de kraamzorgaanbieders**

Zorg er in 2009 voor dat alle medewerkers op de hoogte zijn van het interne en externe meldingsbeleid van incidenten en calamiteiten

- Ontwikkel beleid binnen de organisatie voor cliëntveiligheid en implementeer dit beleid.
- Scherp de rolverdeling tussen kraamverzorgenden en verloskundigen aan en wijs kraamverzorgenden op hun rol bij medicatieveiligheid.
- Stem het medicatiebeleid af met samenwerkende verloskundigen.
- Verzorg scholing over MIC-meldingen en onderzoek en analyseer deze meldingen. Dit verbetert het proces van veiligheid voor de kraamverzorgende en moeder en kind
- Meld alle wettelijk verplicht gestelde calamiteiten aan de inspectie.
- Creëer een cultuur van 'veilig melden'.

**Adviezen voor branche- en beroepsorganisaties**

Ontwikkel in 2009 beleid voor veiligheid in en rond het kraambed.

- Definieer veiligheidsaspecten en ontwikkel richtlijnen.
- Ontwikkel normen voor medicatieveiligheid.
- Attendeer uw achterban op de wettelijke verplichting tot het melden van calamiteiten aan de inspectie.

**2.4 Handhaving****2.4.1 Uitgangspunten handhavingstaak**

De inspectie gebruikt voor haar handhavingstaak de volgende uitgangspunten:

- 1 Zij baseert zich bij haar handhavingstaak op de wettelijke voorschriften, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, en op veldstandaarden zoals het LIP.
- 2 Zij gebruikt de resultaten van dit rapport en de inkomende resultaten van de jaarlijkse meting van zorginhoudelijke indicatoren en cliëntwaardering voor de risicobepaling in het kader van gefaseerd toezicht.

- 3 Zij handhaaft op basis van wettelijke normen en veldnormen die ontwikkeld zijn door de brancheorganisaties en de beroepsgroepen, zoals de richtlijnen en kwaliteitskaders.
- 4 Zij sluit aan bij de beleidsvoornemens die de minister van VWS aan de Tweede Kamer kenbaar heeft gemaakt over de kraamzorg.

#### **2.4.2 Handhavingsplan**

Deze uitgangspunten leiden tot een handhavingsplan en toetsingsinstrument voor de kraamzorg voor de komende jaren en zijn bruikbaar voor zowel gefaseerd als thematisch toezicht. In dit handhavingsplan neemt de inspectie ook de zorgaanbieders mee waar tijdens het onderzoek tekortkomingen in de zorgverlening zijn geconstateerd.

Naar aanleiding van het rapport van het inspectiebezoek heeft de helft van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders op verzoek van de inspectie inmiddels een plan van aanpak ter verbetering van geconstateerde tekortkomingen opgesteld. Bij vijf kraamzorgaanbieders biedt dit plan voldoende vertrouwen in de voortgang van de kwaliteitsontwikkeling. Bij vier kraamzorgaanbieders blijft de inspectie in 2009 de voortgang van het plan van aanpak volgen.

De inspectie zal ook in het toezicht op andere kraamzorgaanbieders aandacht besteden aan het opvolgen van de maatregelen uit deze rapportage en er zodoende op toezien dat zij die maatregelen nemen die nodig zijn om verantwoorde kraamzorg te leveren. Hierbij zal zij de voortgang in het uitwerken van de maatregelen en aanbevelingen benadrukken in haar contacten met de beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties. De inspectie zal hiervoor als aanjager fungeren.

Daarnaast zal zij op basis van meldingen van calamiteiten onderzoek (blijven) verrichten op grond van de Leidraad Meldingen. Elke calamiteit in de kraamzorg die zij gemeld krijgt, wordt beoordeeld aan de hand van de resultaten en maatregelen in dit rapport.

#### **2.4.3 Rol Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg en de IGZ-werkgroep kraamzorg**

De inspectie wil in samenwerking met de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg en de daarin samenwerkende partijen het gefaseerd toezicht op de kraamzorg verder vormgeven. Om tot één indicatorenset te komen die kwaliteitsinformatie betrouwbaar, relevant, valide en algemeen beschikbaar maakt, is in 2007 een projectorganisatie (stuurgroep en projectgroep) ingericht. Daarin zijn alle belangrijke partijen binnen de kraamzorg vertegenwoordigd (ActiZ, BTN, SPOT, Consumentenbond, NPCF, Sting, KNOV, NBvK, ZN, IGZ en VWS). Deze partijen leggen samenwerkingsafspraken vast, waarin ze zich ten doel stellen de meting van kwaliteitsprestaties onder één bestuurlijke structuur te ontwikkelen, te implementeren en te onderhouden.

Het is de ambitie de doelen in een periode van drie jaar te realiseren. Hiertoe is een agenda tot 2011 opgesteld. Begonnen is een visie vast te stellen, waarin staat wat verantwoorde kraamzorg inhoudt. Het visiedocument vormt de basis voor de te ontwikkelen prestatie-indicatoren en is gepubliceerd in mei 2008. Hierna is de visie vertaald naar een set indicatoren die het toetsingskader vormt voor verantwoorde kraamzorg. Daarbij is onder ander gebruikgemaakt van de beschikbare kwaliteitsgegevens zoals beschreven in de *Prestatie-indicatoren kraamzorg* (opgesteld door de IGZ). Voor het meten van de indicatoren zullen instrumenten worden ontwikkeld. Het

streven daarbij is de administratieve belasting van zorgaanbieders bij het verzamelen van kwaliteitsgegevens zoveel mogelijk te beperken. De indicatoren en meetinstrumenten zullen worden uitgetest in een pilot in 2008/2009, waarna eventuele aanpassingen doorgevoerd zullen worden. Daarna kunnen in de loop van 2009 de indicatoren landelijk verspreid en geïmplementeerd worden.

De resultaten van dit rapport worden gebruikt bij de verdere ontwikkeling van de indicatorenset. De gezamenlijke resultaten moeten in 2010-2011 leiden tot openbare uitkomsten over zorginhoud en cliëntwaardering. De inspectie gebruikt de uitkomsten vervolgens om het gefaseerd toezicht op de kraamzorg te verbeteren.

In 2009 zal de IGZ-werkgroep Kraamzorg het in 2008 gehanteerde bezoekinstrument bijstellen en in samenwerking met deskundigen aanvullen met ketenzorgaspecten. In dit instrument zullen vooral de onderwerpen aan bod komen waar tijdens de bezoeken de grootste risico's bleken te liggen:

- Vroegsignalering (ketenzorg).
- Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst.
- (Medicatie)veiligheid.
- Meldpraktijk.

#### **2.4.4 Stimulerende acties richting branche- en beroepsorganisaties**

De inspectie zal met de brancheorganisaties afspreken welke kwaliteitsverbeteringen in de kraamzorg in de periode 2009-2011 bereikt moeten worden. Hierbij zal zij de aandacht met name richten op de vier risicoaspecten die in dit rapport naar voren komen. Bij dit overleg zullen eveneens beroeps- en cliëntenorganisaties betrokken worden.

Verder zal zij stimuleren dat initiatieven, zoals een keurmerk voor ZZP'ers en het profileren en ontwikkelen van de keten waar kraamzorg deel van uitmaakt, breed worden uitgedragen in het veld. De inspectie onderschrijft het belang van (wetenschappelijk) onderzoek en zal een aanjagende rol vervullen in het verspreiden van de resultaten van onderzoek.

Tot slot zal de inspectie de kraamzorgaanbieders – mede via de branche- en beroepsorganisaties – attenderen op de noodzaak calamiteiten tijdig te melden aan de inspectie op basis van de meldingsplicht conform de Kwaliteitswet zorginstellingen.

### 3 Resultaten op de vier risicoaspecten

In dit hoofdstuk vindt u de resultaten per risicoaspect:

- 1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind (3.1).
- 2 Vroegsignalering van (psychosociale) problemen (3.2).
- 3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst (3.3).
- 4 Overige risicoaspecten (3.4).

Iedere paragraaf start met de omschrijving van het risicoaspect, waar nodig voorafgegaan door een algemene omschrijving van de problematiek. De aanbevelingen uit het rapport *Kraamzorg, Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid* <sup>[17]</sup> (2001-rapport) kunnen voor sommige onderdelen als een nulmeting beschouwd worden. In dat geval staan de aanbevelingen ook genoemd. Daaronder staan resultaten uit de vragenlijsten uit 2007, afgestemd op het risicoaspect, gevolgd door de resultaten uit de inspectiebezoeken in 2008.

#### 3.1 Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind

##### Omschrijving risicoaspect

Zorginhoudelijke veiligheid in de kraamzorg richt zich op het tijdig signaleren van problemen en complicaties en het helpen opstarten van het nieuwe gezin. Dit risicoaspect bevat veel onderwerpen en wordt daarom in onderdelen beschreven: correcte uitvoering van protocollen, volledig en juist kraamzorgdossier, communicatie met ketenpartners, deskundige ondersteuning bij borstvoeding en bij- en nascholing. Hieronder volgt een toelichting.

##### *1. Correcte uitvoering van protocollen*

De kraamverzorgende zal zich volgens de beroepsmatige maatstaven richten op fysieke kenmerken van moeder en kind, zoals het meten van de lichaamstemperatuur van moeder en kind, de voedingstoestand, de urineproductie en het defecatiepatroon van de pasgeborene. De kraamverzorgende heeft preventieve taken in het geven van voorlichting en instructie over hygiëne. Hieronder valt het voorkomen van infecties bij moeder en kind en voorlichting over veilig slapen van de pasgeborene. Ook het observeren van emotionele labiliteit en van overige psychosociale aspecten van de kraamvrouw is een belangrijke taak van de kraamverzorgende, die over deze aspecten in het kraamzorgdossier rapporteert.

##### *2. Het kraamzorgdossier*

Het kraamzorgdossier is noodzakelijk om kraamzorg op maat te kunnen leveren. Het dient afgestemd te worden op de individuele behoeften en wensen qua tijdstip, aard en frequentie van de kraamzorg. De kraamverzorgende houdt gegevens bij over moeder en kind. Hieruit moet op te maken zijn dat de kraamzorg voldoet aan de geldende standaarden <sup>[18]</sup>. De verplichte herindicaties door de verloskundige moeten terug te vinden zijn in het kraamzorgdossier. Het kraamzorgdossier moet bovendien een middel zijn waarmee de continuïteit van de kraamzorg te bevorderen is bij de inzet van een andere kraamverzorgende en naar de verloskundige. Na de afsluiting van de kraam-

---

[17] Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2001, Den Haag.

[18] Basiskwaliteitseisen Kraamzorg, Sting, 1999.

periode wordt de zorg overgedragen aan JGZ; dit moet in het kraamzorgdossier staan aangegeven.

### *3. Communicatie met ketenpartners*

In de kraamtijd kan de keten beginnen bij de verloskundige of de verloskundige huisarts of het ziekenhuis. Na de kraamtijd volgt de overdracht naar de JGZ; bij problemen in de zorginhoudelijke veiligheidsaspecten kan de kraamverzorgende uitwijken naar andere deskundigen.

Daarom moeten in het kraamzorgdossier de afspraken met de huisarts, verloskundige en/of overige betrokkenen zijn vastgelegd. Het dossier moet ook aantekeningen bevatten over de overdracht naar de JGZ, voor de continuïteit van zorg en ondersteuning bijvoorbeeld bij borstvoeding.

### *4. Deskundige ondersteuning bij borstvoeding*

De overheid stimuleert dat kraamzorgaanbieders beschikken over een WHO/UNICEF-certificaat Zorg voor Borstvoeding vanuit de gedachte dat dit certificaat een positief effect heeft op het doen slagen van borstvoeding. Deskundige professionals moeten de kraamvrouw ondersteunen. Het op gang brengen van de borstvoeding, het aanleggen van de pasgeborene aan de borst en het omgaan met hygiëne om borstontsteking te voorkomen, eisen niet alleen afstemming met de verloskundige maar ook kennis en vaardigheden van de kraamverzorgende. Bij- en nascholing hierover zijn van groot belang.

### *5. Bij- en nascholing*

De kraamzorgaanbieder draagt zorg voor actuele deskundigheid inzake kraamverzorgenden en overige medewerkers door middel van systematische deskundigheidsbevordering. Dit komt onder meer tot uiting in bij- en nascholing, cursussen, themabesprekingen, intervisie en het protocolleren van handelingen.

## **3.1.1 De protocollen werden doorgaans correct uitgevoerd**

### **Relevante aanbevelingen 2001-rapport**

- Verloskundigen en huisartsen moeten samen met kraamzorgaanbieders in regionale samenwerking een duidelijk beleid en protocollen ontwikkelen voor de zorgverlening rond het kraambed.
- Kraamzorgaanbieders moeten de basiskwaliteitseisen implementeren.



<b>Resultaten uit de vragenlijsten</b>	
<i>Indicator</i>	<i>Aantal aanwezig (n = 93)</i>
1 Aandacht van kraamzorgaanbieder voor het meten van de lichaamstemperatuur van de pasgeborene	92
2 Protocol of richtlijn over observeren van (onder)voeding van de pasgeborene	85
3 Protocol of richtlijn over borstvoeding	73
4 Protocol of richtlijn over het dagelijks observeren van urine en ontlasting van de pasgeborene	89
5 Protocol of richtlijn over het dagelijks observeren van mogelijke infecties bij de kraamvrouw	88
6 Protocol of richtlijn over het geven van voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene	91
7 Protocol of richtlijn over emotionele labiliteit bij de kraamvrouw	52

<b>Resultaten uit de inspectiebezoeken</b>				
Uit de documententoets en het bestuderen van 68 kraamzorgdossiers bleek het volgende.				
<i>Refererend aan indicator 2007</i>	<i>Beoordeeld onderwerp in documententoets</i>	<i>Volledig aanwezig</i>	<i>Gedeeltelijk aanwezig</i>	<i>Ontbrak volledig</i>
1	Lichaamstemperatuur van pasgeborene	13	5	0
2	Observeren van (onder)voeding van de pasgeborene	12	6	0
3	Protocol of richtlijn over borstvoeding	18	0	0
4	Het dagelijks observeren van mictie en ontlasting van de pasgeborene	13	5	0
5	Dagelijks observeren van mogelijke Infecties bij de kraamvrouw	10	8	0
6	Geven van voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene	13	5	0
7	Emotionele labiliteit bij de kraamvrouw	6	12	0

Uit de geaggregeerde gegevens valt het volgende op te maken. De fysieke kenmerken van moeder en kind werden dagelijks geobserveerd en gerapporteerd in de kraamzorgdossiers. Slechts bij één van de achttien kraamzorgaanbieders was dit niet helemaal compleet. Bij dertien van de achttien kraamzorgaanbieders kregen de 'kraamtranen', de stemming van de kraamvrouw en overige psychosociale kenmerken minder aandacht dan de fysieke kenmerken. In de gesprekken lieten de kraamverzorgenden weten wel

altijd hierop te letten en bijzonderheden door te geven aan de verloskundige of de kraamzorgaanbieder.

### 3.1.2 Kraamzorgdossiers maakten onvoldoende deel uit van communicatie in keten

#### Aanbeveling 2001-rapport

De kraamzorgaanbieders moeten beleid formuleren voor de afstemming met andere zorgverleners in de verloskundige keten (aanbeveling IGZ 1999).

#### Resultaten uit de vragenlijsten

Dit onderdeel is niet bevestigd; uit de analyse van de resultaten uit de inspectiebezoeken bleek echter het grote belang hiervan.

#### Resultaten uit de inspectiebezoeken

*Dossiers verschaften veel informatie maar waren niet in alle gevallen compleet.*

Er bleken verschillende kraamzorgdossiers in omloop. Een kraamzorgdossier blijft altijd in bezit van de kraamvrouw. Het dient als een herinnering aan de kraamtijd en geeft uitgebreid informatie over het verzorgen van de baby, voeding voor de kraamvrouw en voor de baby, de lichaamstemperatuur van moeder en kind, gewichtsverlies van de baby gedurende de eerste levensperiode en over het fysieke herstel van de kraamvrouw.

De kraamzorgdossiers werden bij vragen of onzekerheden gebruikt als naslagwerk. Zowel de kraamvrouw als de kraamverzorgende kon in het kraamzorgdossier lezen of een observatie afwijkend is en wanneer de verloskundige of de huisarts gewaarschuwd moet worden. Daarnaast verschaften de kraamzorgdossiers informatie over ondersteunende netwerken, met telefoonnummers en verwijzingen.

Sommige dossiers bevatten een checklist, waarop kraamverzorgenden dagelijks observatiegegevens kunnen noteren. Tijdens de inspectiebezoeken bleek echter dat deze checklisten niet altijd gebruikt werden. Dit kan leiden tot onduidelijkheden. Personalia waren niet altijd volledig ingevuld. De kraamverzorgenden bleken dit niet altijd nodig te vinden omdat het kraamzorgdossier toch bij de kraamvrouw thuis blijft.

*Veel relevante informatie werd buiten de dossiers of geheel niet genoteerd.*

De verloskundig gerelateerde observaties werden daarnaast op losse formulieren genoteerd (mictie- en defecatiepatroon van moeder en kind, temperatuurlijsten van moeder en kind, voedingslijst baby, hoogte van de baarmoederstand, enzovoort). In het kraamzorgdossier werd per dag gerapporteerd over het wel en wee van moeder en kind. Op een enkele uitzondering na zijn er geen verloskundige aantekeningen gevonden in de kraamzorgdossiers. De verloskundigen hanteerden hun eigen rapportage, die vaak niet ter beschikking was van de kraamvrouw of de kraamverzorgende.

Het kraamzorgdossier bevatte niet de verloskundig gerelateerde observaties zoals de temperatuurlijsten van moeder en kind, voedingslijst baby, hoogte van de baarmoederstand, enzovoort. Deze gegevens werden op aparte temperatuurlijsten en dergelijke genoteerd. Aan het eind van de kraamzorgperiode kreeg de kraamvrouw soms kopieën als aanvulling op het kraamzorgdossier. Soms namen de verloskundigen kopieën mee, soms werden ze in de overdracht aan de JGZ verstrekt. Sommige kraamzorgaanbieders bewaarden voor de zekerheid ook kopieën van verloskundig gerelateerde gegevens.

Slechts in een van de 68 kraamzorgdossiers was een aantekening van de verloskundige te vinden. Over de herindicaties conform het LIP zijn nergens aantekeningen in het kraamzorgdossier gevonden. Soms was in een kraamzorgdossier een urendeclaratie aanwezig voor de verzekeraar, waaruit op te maken was of het aantal uren kraamzorg wel of niet aangepast was.

**Goed voorbeeld**

*Tijdens een bezoek trof de inspectie bij een kraamzorgaanbieder een bijzonder kraamzorgdossier aan: een dossier dat de aanbieder in kwestie gebruikte in gezinnen waarin de baby is overleden vóór of kort na de bevalling. Het management van de kraamzorgaanbieder vertelde dat kraamverzorgenden het pijnlijk vonden in een dergelijk gezin het gebruikelijke dossier in te vullen. In het gebruikelijke dossier staat namelijk veel informatie over de groei en ontwikkeling van de baby en gegevens over instanties als consultatiebureau en borstvoeding. Op verzoek van de kraamverzorgenden en ook sámen met hen heeft het management een ander kraamzorgdossier ontworpen. Hierin staan wel gegevens over het fysieke herstel van de kraamvrouw na een bevalling, maar geen gegevens over de zorg van de baby. Er staat informatie in over rouwverwerking van de ouders en overige gezinsleden. Tevens bevat het informatie over instanties die bij rouw hulp kunnen bieden. Een indrukwekkend dossier, waar de betrokken kraamverzorgenden en het management terecht trots op zijn.*

**3.1.3 Communicatie met ketenpartners liet sterk te wensen over****Aanbeveling uit 2001-rapport**

De kraamzorgaanbieders moeten beleid formuleren voor de afstemming met andere zorgverleners in de verloskundige keten (aanbeveling IGZ 1999).

**Resultaten uit de vragenlijsten**

In de vragenlijsten waren hierover evenmin specifieke vragen opgenomen. Nut en noodzaak van deze communicatie bleek vooral tijdens de inspectiebezoeken.

**Resultaten uit de inspectiebezoeken**

*Er was weinig communicatie tussen kraamverzorgende en verloskundige.*

Tijdens de inspectiebezoeken bleek uit de gesprekken dat de kraamverzorgenden niet altijd de verloskundige ontmoetten. De verloskundige kwam soms op andere tijden in het gezin dan de kraamverzorgende. Door de waarneemregeling van verloskundigen is er vaak een wisseling van de verloskundige in een kraamperiode. Dit benadeelde de communicatie met de kraamverzorgende, ook omdat zij het kraamzorgdossier niet gebruikten als communicatiemiddel. De verloskundigen hanteerden namelijk hun eigen rapportage, die niet inzichtelijk is voor de kraamverzorgende.

Sommige kraamverzorgenden communiceerden via de kraamvrouw met de verloskundige of vroegen de kraamvrouw of zij het dossier onder de aandacht wilde brengen van de verloskundige. Verder gaven zij aan dat het telefonisch contact leggen met de verloskundigen meestal als laagdrempelig werd ervaren.

*Verschillen tussen verloskundigen bemoeilijkten het werk van de kraamverzorgenden.* Kraamverzorgenden pasten hun werkwijze aan de verloskundige aan. Door de wisselingen van verloskundigen ervoeren de kraamverzorgenden dit niet altijd als eenvoudig. Bovendien bestond er tussen verloskundigen verschil van opvatting en werkwijze, zelfs binnen een en dezelfde maatschap. Hierdoor moesten kraamverzorgenden hun werkwijze geregeld aanpassen. De ene verloskundige wilde wél zelf op de tepel van de moeder bij tepelkloven, de andere niet. De ene verloskundige wilde wél een fopspeen in de mond bij een huilbaby (ondanks het verbod bij een borstvoedingscertificaat) maar de andere verloskundige niet. Ook over het geven van bijvoeding werd verschillend gedacht. Er bleek kortom geen uniformiteit in handelen te bestaan.

### 3.1.4 Deskundige ondersteuning bij borstvoeding: effectiviteit bleek onduidelijk

#### Aanbeveling uit 2001-rapport

De bereidheid om borstvoeding te promoten moet in beleid worden omgezet, conform de WHO/Unicef-code inclusief het afwijzen van sponsoring door flesvoedingfabrikanten.

#### Resultaten uit de vragenlijsten

*Meer kraamzorgaanbieders beschikten over geldige certificaten.*

In het 2001-rapport staat dat van de 45 bevroegde kraamzorgaanbieders er slechts vier beschikten over een certificaat Zorg voor Borstvoeding en dat zeven instellingen bezig waren met de voorbereidingen op de certificering. In 2007 kwam uit de vragenlijst naar voren dat dit aantal flink gestegen was: van de 93 kraamzorgaanbieders beschikten er 73 over het borstvoedingscertificaat.

Tabel 2

#### Beschikking over borstvoedingscertificaten

<i>Soort aanbieder</i>	<i>Aantal (n = 93)</i>	<i>Aantal borstvoedings- certificaat aanwezig</i>	<i>In procenten %</i>
Zelfstandige kraamzorgaanbieder	43	30	70
Kraamzorgaanbieder als onderdeel van een thuiszorgorganisatie	36	32	89
Anders zoals kraamzorghotel, bemiddelingsbureau, etc.	14	11	79
Totaal	93	73	79

Een certificaat is drie jaar geldig. Van de 73 aanbieders die in 2006 over een certificaat beschikten, hadden 62 (84,5%) een certificaat dat ouder was dan 2004. Slechts elf beschikten over een certificaat dat jonger was dan 2004.

*Het borstvoedingscertificaat bleek geen garantie voor een beter resultaat.*

De samenhang tussen het beschikken over een borstvoedingscertificaat en het continueren van borstvoeding bleek niet duidelijk uit berekeningen over de gegevens

van 2006. Ook de aanwezigheid van overige certificaten of kwaliteitskeurmerken vertoonden geen overtuigend verband met het doorgaan met borstvoeding na de kraamtijd.

*De resultaten van de inzet van een lactatiekundige waren niet op te maken uit de resultaten van de vragenlijst.*

In 2001 was slechts een derde van de 45 bevroegde instellingen bekend met de mogelijkheid een lactatiekundige in te zetten. In 2006 gaven alle gecertificeerde kraamzorgaanbieders aan gebruik te maken van een lactatiekundige. Alleen als er op verzoek van een kraamvrouw een lactatiekundige werd ingezet, had dit een positief effect op het starten met borstvoeding. Het was niet duidelijk in hoeverre de inzet van een lactatiekundige invloed had op het doorgaan met borstvoeding na de kraamperiode.

Volgens de vragenlijsten had het inzetten van een lactatiekundige om instructie te geven aan kraamverzorgenden wél een positief effect op het gemiddelde percentage van kraamvrouwen die met borstvoeding startten. Volgens de vragenlijst was dit aantal 77 procent; zonder instructie aan de kraamverzorgende bedroeg dit percentage 61 procent van de kraamvrouwen.

Een andere inzet van een lactatiekundige deed het percentage stijgen van kraamvrouwen die doorgaan met borstvoeding, te weten van 91 naar 95 procent. Deze andere inzet kwam bij negen van de 93 kraamzorgaanbieders tot stand door een direct contact tussen de lactatiekundige en de kraamvrouw. Eenmaal werd een huisbezoek genoemd, een keer het achterlaten van contactgegevens voor de kraamvrouw om zelf de lactatiekundige te kunnen benaderen, een keer liep dit contact via een borstvoedingsinformatiecentrum en zes keer door middel van informatieavonden, cursussen en consulten.

### **Resultaten uit de inspectiebezoeken**

*Het bleek niet eenvoudig het borstvoedingscertificaat te verkrijgen en te behouden.*

Tijdens het reassessment wordt beoordeeld of een certificaat verlengd wordt. De visie van de kraamzorgaanbieder op het geven van borstvoeding is daarbij van belang. Het is alleen bij een medische indicatie toegestaan bijvoeding te geven naast borstvoeding. Een zuigfles of fopspeen is verboden. Deze kritische factoren bleken niet altijd makkelijk vol te houden, ook doordat verloskundigen op dit punt niet uniform handelen.

*Volgen van WHO/Unicef-code bleek scholing te kunnen bemoeilijken.*

De aanbeveling uit het 2001-rapport over het afwijzen van sponsoring door flesvoedingfabrikanten werd redelijk nageleefd. Uit de bezoek bleek dat de sponsoring geweerd werd, in navolging van de eisen van de WHO/Unicef-code. Wel werden de scholing, de symposia, de plaatjesboeken en het aanbod van gratis artikelen gemist.

### **3.1.5 Bij- en nascholing zijn goed in gang gezet**

#### **Aanbeveling uit het 2001-rapport**

Bij- en nascholing voor kraamverzorgenden moeten verbeterd worden.

#### **Resultaten uit de vragenlijsten**

Uit de vragenlijst bleek dat deze aanbeveling goed in gang is gezet. Bij 90 procent van de kraamzorgaanbieders was de bijscholing goed geregeld en werd op 6 procent na

– geregistreerd wie de bijscholing gevolgd heeft. 3 procent van de kraamzorg-aanbieders regelde geen bijscholing. Over het verplicht stellen van bijscholing gaf 3 procent van de kraamzorgaanbieders in 2007 aan dit niet te doen. 70 procent bleek bijscholing niet volledig te vergoeden, in tijd of geld. Slechts bij 27 procent werd de bijscholing ten dele vergoed.

### Resultaten uit de inspectiebezoeken

*Tweederde van de bezochte kraamzorgaanbieders had scholingsplannen.*

Veertien van de achttien kraamzorgaanbieders beschikten over een scholingsplan. Tevens registreerden zij welke kraamverzorgenden de bijscholing hadden gevolgd. Alle aanbieders ondersteunden het professionele handelen met behulp van diverse protocollen en richtlijnen. Verschillende kraamzorgaanbieders verstrekten de kraamverzorgenden een protocollenmap, die zij dagelijks moesten meenemen naar het kraamgezin. De protocollen bleken echter vooral gericht op de van oudsher tot de kraamzorg behorende taken en op risico's van met name de lichamelijke gezondheid; taken in de signalering van psychosociale problemen werden minder vaak geprotocolleerd.

*Er waren verschillen in opleidingsniveau.*

Wat het opleidingsniveau betreft constateerde de inspectie verschillen<sup>[19]</sup>. Naast kraamverzorgenden bleken herintreders werkzaam in de kraamzorg. Zij varieerden van ziekenverzorgenden tot verpleegkundigen; soms beschikten zij over een gerichte bijscholing of een (deel) kwalificatie. Hoewel er landelijke eindtermen bestaan voor de opleiding tot kraamverzorgende op het derde deskundigheidsniveau<sup>[20]</sup>, werd bijvoorbeeld ook verteld dat een ROC in een grote stad meer aandacht besteedde aan gezinnen van niet-Nederlandse afkomst dan een ROC in een kleine gemeente. Blijkbaar bestaat hiervoor dus geen landelijke eindterm.

#### **Goed voorbeeld**

*Een in 2008 bezocht bemiddelingsbureau vertelde trots dat ze – vóór de bemiddeling van een zelfstandig gevestigde kraamverzorgende of verpleegkundige – altijd een gesprek heeft met de kandidaat over zijn/haar deskundigheid. Niet alleen de diploma's komen dan ter sprake, maar ook de persoonlijke competenties en de opgedane ervaring. Zo kijkt het bemiddelingsbureau altijd kritisch naar de 'match' tussen de zelfstandige kraamverzorgende of -verpleegkundige en het gezin waar de kraamzorg geleverd gaat worden. Daarmee ontstaat de mogelijkheid dat een zelfstandig gevestigde neonatologie verpleegkundige bemiddelt in een gezin met een baby met een handicap. Een kraamverzorgende met een Turkse achtergrond wordt ingezet bij een Nederlands gezin met een Turkse achtergrond. Het komt ook voor dat een kraamverzorgende met specifieke ervaring en competenties wordt ingezet bij een gezin waar Jeugdzorg bij betrokken is. In hoeverre de bemiddeling geslaagd is, blijkt uit de contacten met het kraamgezin en uit de evaluatiegegevens door de kraamvrouw na het beëindigen van de kraamperiode. Deze gegevens zijn altijd bepalend of de zelfstandig gevestigde functionaris opnieuw wordt ingezet.*

[19] Een apart probleem betrof de deskundigheid van ZZP'ers. Zie hiervoor paragraaf 4.2.

[20] 'Gekwalificeerd voor de Toekomst, Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging'

*Training over omgaan met vroegsignalering komt van de grond.*

Bij zes kraamzorgaanbieders had inmiddels bijscholing plaatsgevonden, in de vorm van 'train de trainer'. Aan de hand van deze scholingsmethode is gepland kraamverzorgenden te trainen in het omgaan met vroegsignalering. Zie voor de verdere aspecten van vroegsignalering paragraaf 3.2.

## **3.2 Vroegsignalering van (psychosociale) problemen**

### **Algemeen**

Vroegsignalering behelst niet alleen de zorg aan moeder en kind, maar ook het signaleren van risicosignalen in het gezin die duiden op zorgwekkende situaties. Kraamverzorgenden komen in 95 procent van de gezinnen waar een kind geboren is. Zij brengen meer uren in een gezin door dan welke zorgverlener ook. Zij zien en horen veel en vormen dus een belangrijke schakel in de keten van zorgverleners die betrokken zijn bij vroegsignalering. Vroegsignalering kan problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin dus voorkomen omdat er bijtijds ondersteuning mogelijk is.

### **Omschrijving risicoaspect**

De informatiestroom over risico's in de zwangerschap of kraamtijd kan verschillend verlopen. De verloskundige kan informatie krijgen van de huisarts over achterliggende problematiek of over instanties die inmiddels al bij het gezin betrokken zijn. De verloskundige dient de nodige informatie te verstrekken aan de kraamzorgaanbieder of aan de kraamverzorgende. Van de kraamzorgaanbieder wordt verwacht bij een eerste partus de intake thuis te doen, om een beeld te krijgen over de context van de zwangere en/of het gezin<sup>[21]</sup>. De intake thuis bij de eerste partus maakt het mogelijk een beeld te krijgen van het gezin, hun levensomstandigheid en hun sociale context. Bij een signaal in de kraamtijd dient de kraamverzorgende of de kraamzorgaanbieder dit aan de verloskundige te melden. Een risicosignaleringslijst dan wel een protocol voor vroegsignalering is hierbij een onmisbaar hulpmiddel voor de kraamverzorgende.

Het omgaan met vroegsignalering stelt niet alleen hoge eisen aan de samenwerking en de contacten in de keten van de kraamzorg, maar ook aan de kraamverzorgenden zelf. Zij worden geacht in staat te zijn signalen te herkennen die duiden op mogelijke problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin en deze signalen door te geven aan andere zorgverleners in de keten. Ook hiervoor is een protocol voor vroegsignalering of een risicosignaleringslijst nodig. Bij het afronden van de kraamperiode moeten zij de overdracht regelen aan de JGZ. De kraamvrouw moet het standaardformulier hiervoor ondertekenen en de kraamverzorgende moet hierbij rekening houden met de privacy van het gezin.

### **Aanbeveling 2001-rapport**

De kraamzorgaanbieders moeten beleid formuleren voor de afstemming met andere zorgverleners in de verloskundige keten (aanbeveling van de IGZ, 1999)<sup>[22]</sup>.

---

[21] Dit is inmiddels veldnorm geworden voor kraamzorgaanbieders, maar omdat niet alle verzekeraars de intake thuis vergoeden, gaan de kraamzorgaanbieders hier verschillend mee om.

[22] Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kwaliteit en beschikbaarheid kraamzorg*, maart 1999

<b>Resultaten inspectie vragenlijsten uit 2007 (n = 93)</b>		
<i>Vraag</i>	<i>Aantal kraamzorgaanbieders</i>	
	<i>N = 93</i>	
Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol voor vroegsignalering?	60	
Kunt u aantonen dat uw personeel instructie heeft ontvangen over het omgaan met signalen over vroegsignalering?	65	
Met wie heeft uw kraamzorgorganisatie beleidsmatige afspraken gemaakt over samenwerking en afstemming bij alarmsignalen en/of te verwachten problemen in het gezin na de kraamtijd (meerdere antwoorden mogelijk)?	JGZ	60
	Huisarts	13
	AMK <sup>[23]</sup>	28
	Verloskundige	53
	Anderen	9
Kunt u aangeven aan hoeveel cliënten met een eerste partus u in 2006 kraamzorg hebt verleend?	55	
Kunt u aangeven bij hoeveel cliënten met een eerste partus een intakegesprek aan huis heeft plaatsgevonden?	43	

### **Resultaten uit de inspectiebezoeken in 2008**

Vóór de bezoeken vroeg de inspectie documenten ter inzage, waaruit bleek of de kraamzorgaanbieder aandacht heeft voor vroegsignalering. Hieruit én uit de gesprekken zelf kwamen de volgende gegevens naar voren.

#### **3.2.1 Protocollen ontbraken en risicosignaleringslijsten waren nog niet operationeel**

Twee kraamzorgaanbieders beschikten over een protocol voor vroegsignalering. Uit de gesprekken met de kraamverzorgenden bleek echter dat zij niet op de hoogte waren van de inhoud van dit protocol.

Drie kraamzorgaanbieders hadden beleid geschreven over vroegsignalering. Opmerkelijk was dat bij twee van hen was vastgelegd dat de overdracht mondeling plaatsvindt. Dit bleek afgesproken te zijn omdat kraamverzorgenden het in de praktijk bezwaarlijk en soms zelfs bedreigend vinden problematische situaties schriftelijk vast te leggen, mede omdat de kraamvrouw het formulier moet ondertekenen. Dat dit probleem vaker voorkwam, bleek uit de gesprekken met de overige vijftien kraamzorgaanbieders. Hierin vertelden zij dat de kraamverzorgende de signalen over vroegsignalering mondeling overdraagt aan de verloskundige of aan de kraamzorgaanbieder.

Uit de inspectiebezoeken bleek nog een opmerkelijk verschil met de vragenlijsten. In de vragenlijsten gaf 64 procent aan te beschikken over een protocol over vroegsignalering. Van deze protocollen bleek 97 procent ouder dan 2004. In tweederde van de 93 vragenlijsten werd aangegeven dat er instructies waren gegeven aan kraamverzorgenden over vroegsignalering. Tijdens de inspectiebezoeken bleek echter dat slechts zes van de

[23] Algemeen Meldpunt Kindermishandeling Nederland



achttien kraamzorgaanbieders (22 procent) een protocol hadden, dat bovendien onbekend was bij de kraamverzorgenden. Bij de overige twaalf aanbieders was er geen protocol aanwezig, maar bij tien van de twaalf bleek het *thema* 'vroegsignalering' wel bekend bij kraamverzorgenden; deze kraamverzorgenden gaven aan de eventuele signalen meteen te melden bij de kraamzorgaanbieder of de verloskundige. Bij twee aanbieders was er dus helemaal niets bekend.

*Dat protocollering voor vroegsignalering van belang is, bleek wel uit de volgende begripsverwarring. De kreet vroegsignalering duidde ook op andere zaken, zo bleek tijdens een bezoek waarin over 'vroegsignalering' vragen gesteld werden aan een kraamverzorgende. De kraamverzorgende vertelde zeer enthousiast veel te maken te hebben met vroegsignalering. Tot verbazing van de bezoekende inspecteur vertelde ze zelf hier 'heel handig' in te zijn. Als ze 'niets hoorde van de verloskundige, dan nam ze gewoon haar eigen maatregelen'! Ze wist het 'altijd wel op te lossen en als het voorkwam, kon zij er makkelijk wat aan doen' ... De inspecteur vermoedde langzaam maar zeker een misverstand. Na het stellen van enkele vragen bleek dit ook zo te zijn. Ook bleek het trouwens terecht te zijn dat de betrokken en enthousiaste kraamverzorgende trots was op haar eigen maatregelen. Ze vertelde dat zij door 'haar' vroegsignalering altijd heel snel door had wanneer de baby niet voldoende dronk. Ze nam dan snel haar maatregelen, waardoor 'haar' baby's dankzij de vroegsignalering nooit uitgedroogd raakten.*

Tot slot signaleerde de inspectie dat de kraamverzorgenden in 2008 nog geen risico-signaleringslijsten gebruikten. Dit is goed verklaarbaar, omdat deze lijsten pas zeer recent ontwikkeld zijn. Bovendien moet eerst de samenwerking tussen de ketenpartners verbeterd worden en dan pas kan implementatie plaatsvinden.

### **3.2.2 Overdracht in alle schakels van de keten bleek lastig**

Het overleg tussen ketenpartners als verloskundigen, huisartsen, JGZ of jeugdzorg bleek in ontwikkeling te zijn. Dit bleek bij tien kraamzorgaanbieders waar verslagen leesbaar waren van een kwartaaloverleg met samenwerkende partners uit de keten. Per kraamzorgaanbieder constateerde de inspectie verschillen in bestaansduur, frequentie, deelname en verslaglegging. Sommige kraamzorgaanbieders waren net gestart met een overleg waaraan samenwerkende verloskundigen deelnemen. Soms werden vertegenwoordigers van de JGZ hierbij betrokken. Bestudering van deze verslagen tijdens de inspectiebezoeken liet zien dat het onderwerp vroegsignalering niet specifiek geagendeerd werd.

Dertien kraamzorgaanbieders maakten gebruik van een standaard overdrachtformulier aan de JGZ. Hierop was geen specifieke ruimte gereserveerd voor gegevens over vroegsignalering. De kraamverzorgende moest deze gegevens noteren onder het kopje 'bijzonderheden'.

Uit de inspectiebezoeken bleek overigens ook dat de communicatie tussen huisartsen en verloskundigen niet altijd optimaal verliep en dat ook de communicatie tussen de JGZ en huisartsen te wensen overliet. Soms hoorde een kraamverzorgende van de kraamvrouw dat er problemen waren en dat bijvoorbeeld de huisarts of Jeugdzorg al betrokken waren bij het kraamgezin.

### 3.3 Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst<sup>[24]</sup>

#### Algemeen

In de afgelopen jaren is in Nederland veel onderzoek gedaan naar gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone zwangeren en hun kinderen. Het steeds terugkerende beeld daarbij is dat zaken als geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren aandoeningen en sterfte rond de geboorte minder gunstig zijn onder allochtone vrouwen en kinderen dan onder autochtone vrouwen en kinderen.

Voor allochtone vrouwen is kraamzorg aan huis geen vanzelfsprekende zaak, omdat zij vaak hulp van familie en vriendinnen krijgen gedurende de kraamperiode. Daarnaast zijn deze gezinnen niet zo vertrouwd met het typisch Nederlandse fenomeen kraamzorg en krijgen ze soms ook geen kraamzorg, omdat ze vergeten zich aan te melden of er niet tijdig op geattendeerd worden. Het gevolg is dat allochtone vrouwen minder toegang hebben tot de kraamzorg dan Nederlandse vrouwen.<sup>[25]</sup>

#### Omschrijving risicoaspect

Van de kraamzorgaanbieder wordt verwacht dat hij beleid heeft ontwikkeld over rituelen en gebruiken bij kraamvrouwen van niet-Nederlandse afkomst tijdens de kraamperiode. Indien er vanuit de achterliggende cultuur (risicovolle) gewoontes kunnen voorkomen in de kraamperiode, dan hoort de kraamverzorgende hierover geïnformeerd te zijn en hier verantwoord en met respect mee om kunnen gaan.

Van de kraamverzorgenden wordt verder – ook bij een mogelijke taalbarrière – verwacht dat zij op verantwoorde wijze de voorlichtende én preventieve taken uitvoeren. Indien de kraamzorgaanbieder niet alert is op het bevorderen van communicatie, informatie en voorlichting, lopen gezinnen van niet-Nederlandse afkomst immers het risico geen professionele (kraam)zorg te ontvangen. Dit kan betekenen dat gezondheidsrisico's niet op tijd te onderkennen zijn en dat moeders niet voldoende informatie krijgen over zaken die van belang zijn voor de gezondheid van de baby, zoals wiegendood, infecties en het belang van een veilige omgeving voor de baby.

De kraamzorgaanbieder moet tot slot beleid ontwikkeld hebben om een eventuele taalbarrière bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst te kunnen overbruggen. Hiermee moeten de kraamverzorgenden bekend zijn.

#### Aanbeveling uit 2001- rapport

Kraamzorgaanbieders, verloskundige zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid moeten voorlichting aan allochtone gezinnen over de noodzaak van kraamzorg met onder andere de preventieve aspecten, breed en divers aanpakken. Zij moeten hierbij samenwerken met organisaties die zijn gericht op allochtonenbegeleiding.

---

[24] Tijdens de bezoeken in 2008 werd gesproken van gezinnen van niet-Nederlandse cultuur. In dit rapport spreken we doorgaans over gezinnen van niet-Nederlandse afkomst. De definitie hiervan valt samen met de definitie die het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) gebruikt voor allochtoon: 'Een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren'. Het onderscheid dat CBS nog maakt tussen de eerste en de tweede generatie en westers en niet-westers, wordt in dit rapport niet gemaakt.

[25] El Fakiri et al., 1999a; TNO; Eindrapportage 'Kraamzorg voor Allochtonen, een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen' (2002).

### Resultaten inspectie vragenlijsten uit 2007 (n = 93)

<i>Maatregelen ter bevordering van een goede communicatie tussen kraamverzorgende en een allochtoon kraamgezin</i>	<i>Aantal (meer antwoorden mogelijk)</i>
Geen maatregelen getroffen voor een allochtoon kraamgezin	15
Door middel van tolkentelefoon	33
Door foldermateriaal in andere talen	55
Via structurele cursussen gericht op kraamzorg bij allochtonen	19
Inzet van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC)	8
Anders	48

### Resultaten uit de inspectiebezoeken in 2008

Voorafgaande aan de bezoeken vroeg de inspectie documenten ter inzage over kraamzorg voor gezinnen van niet-Nederlandse afkomst. Mogelijke klaar te leggen documenten waren:

- Algemeen foldermateriaal over de kraamzorg in verschillende talen, of plaatjesboeken of foto's.
- Foldermateriaal over veilig slapen bij de pasgeborene in andere talen of door middel van foto's.
- Bijscholingsdocumenten waaruit blijkt dat er scholing is gegeven over rituelen of gebruiken in gezinnen van niet-Nederlandse afkomst of specifieke gezondheidsrisico's.

Tijdens de bezoeken signaleerde de inspectie het volgende.

<i>Genomen maatregelen voor verantwoorde kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst</i>	<i>Aantal malen gesignaleerd bij kraamzorgaanbieders (n = 18)</i>
Vastgesteld beleid over allochtonen	0
Praktische kennis van kraamverzorgenden over rituele en specifieke gezondheidsrisico's, opgedaan in de praktijk	11
Kraamverzorgenden geven aan geen knelpunten te ervaren met een taalbarrière	6
Scholing aan kraamverzorgenden over kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst	7
Bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst worden speciale kraamverzorgenden ingezet	3
Inzet van/bekendheid met VETC	2
Inzet van/bekendheid met tolkentelefoon	4
Aanwezigheid van folders in verschillende talen	5
Aanwezigheid van plaatjesboeken	9

### 3.3.1 Kraamverzorgenden leerden in praktijk over rituelen en gebruiken; geen beleid vastgelegd

Bij geen van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders bleek beleid vastgesteld over het omgaan met speciale rituelen en gebruiken. Nergens was iets vastgesteld over de wijze waarop een kraamverzorgende moet omgaan met andere rituelen of gebruiken. De kraamverzorgenden gaven aan vooral ervaring in de praktijk op te doen met verschillen in rituelen en gebruiken bij allochtone gezinnen.

*Tijdens de inspectiebezoeken bleken kraamverzorgenden graag te vertellen over hun werk. Ze vertelden enthousiast over hun ervaring in de praktijk bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst. Zo vertelde een kraamverzorgende hoe ze schrok van de vondst van een mes in de wieg. Ze haalde het mes weg, maar vond het de volgende morgen weer terug in de wieg. Uiteindelijk legden de ouders haar uit dat het mes de baby moet beschermen tegen boze geesten. Als ze nu weer een mes in de wieg vindt, lost ze het anders op: In overleg met de ouders legt ze het mes onder de matras. Een andere kraamverzorgende vertelde dat zij wel eens een schaar vastgemaakt vond aan de bovenkant van de wieg, ook om boze geesten te weren. Soms kleurden ouders voor dit doel de ogen van de baby met kool. Een kraamverzorgende vertelde hierover dat ze dit ontdekte, toen ze met verbazing allerlei voor haar onverklaarbare zwarte vegen op de lakentjes in het wiegje of op de babywangetjes vond. Ze snapte er niets van, want ze had zowel het wiegje als de baby lekker schoon achtergelaten. Pas later gaven de ouders haar uitleg over de zwarte vlekken.*

Opgemerkt werd dat de schoonmoeder in sommige culturen een dominante rol speelt in het verloop van de kraamtijd, waardoor sommige kraamverzorgenden moeite hadden om de in Nederland gebruikelijke kraamzorg toe te passen.

*Tijdens de gesprekken met de kraamverzorgenden kwamen bijzondere situaties naar voren. Zo zwaaide de schoonmoeder met strenge hand de scepter in het kraamgezin, waarbij de kraamvrouw zelf soms het onderspit moest delven. Ook botste de kraamverzorgende wel eens met hetgeen ze geleerd had in haar opleiding. Zo vertelde ze over een Aziatisch gebruik, waarbij de kraamvrouw zich pas na 30 dagen na de bevalling mag wassen. Ook hierover bestonden allerlei ervaringen, ook over de wijze waarop de kraamvrouw zelf creatief kon zijn, als (schoon) moeder uit zicht was. Er werd vol trots verteld hoe zij in de loop der tijd leerden hiermee om te gaan, met tact en respect.*

### 3.3.2 Kraamzorgaanbieders en kraamverzorgenden bleken onbekend met gezondheidsrisico's

Bij de bezochte kraamzorgaanbieders bleek er weinig bekend te zijn over specifieke gezondheidsrisico's bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst, terwijl uit publicaties<sup>[26]</sup> blijkt dat dit een kwetsbare doelgroep is. Niet één kraamzorgaanbieder beschikte over

[26] Sterfte rond de geboorte: omvang van het probleem. Zijn er verschillen naar etniciteit? (RIVM; 2008).

informatie over specifieke gezondheidsrisico's bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst. Ook de kraamverzorgenden konden hierover niets vertellen<sup>[27]</sup>.

Er zijn overigens kraamzorgaanbieders die speciaal 24uurskraamzorg aanbieden voor gezinnen van niet-Nederlandse afkomst, omdat zij over het algemeen minder kraamzorg afnemen dan autochtone cliënten.

### 3.3.3 Er waren weinig problemen met een taalbarrière

De kraamverzorgenden die geen problemen ervoeren met taalbarrières, verklaarden dit door het feit dat de kraamzorg op dit moment grotendeels wordt geleverd aan de tweede of derde generatie van gezinnen van niet-Nederlandse afkomst, waardoor taalproblemen minder voorkwamen. Soms gebruikten zij een mantelzorger tijdens de kraamtijd.

Uit de bezoeken bleek dat de demografische spreiding van gezinnen van niet-Nederlandse afkomst in Nederland van invloed was op de mate van bekendheid met deze gezinnen en het beschikken over voorzieningen om een taalbarrière te kunnen overbruggen.

## 3.4 Overige risicoaspecten

### Omschrijving overige risicoaspecten

#### 1. Medicatieveiligheid

Medicatieveiligheid hoort enerzijds bij zorginhoudelijke veiligheid en vormt anderzijds een onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem. Zoals gezegd heeft de inspectie er in dit rapport voor gekozen de medicatieveiligheid onder 'overige veiligheidsaspecten' te laten vallen. Medicatieveiligheid betreft ten eerste advisering over geneesmiddelen. Hoewel kraamverzorgenden volgens de eindtermen van hun beroep geen adviezen mogen uitbrengen over geneesmiddelen, bestaan sinds de veranderingen in de verkoop van AV-geneesmiddelen<sup>[28]</sup> onduidelijkheden over deze rol. Ook over AV-geneesmiddelen mogen zij echter niet zelf adviseren. Homeopathische middelen kunnen bijvoorbeeld verdunde alcohol bevatten en fytotherapeutische geneesmiddelen zelfs onverdunde alcohol. Alcohol in verdunde toestand hoeft in een bepaalde dosering niet zo schadelijk te zijn voor de baby, maar overdosering is uiteraard een groot risico. Ten tweede mag de kraamverzorgende niet zelf conclusies trekken over de gezondheidstoestand: zij moet bij pijn van de kraamvrouw de verloskundige informeren, ook wanneer het gebruik van bijvoorbeeld paracetamol voor de hand ligt. Om deze twee redenen moet de kraamzorgaanbieder over een protocol of beleid beschikken waaruit blijkt wat van de kraamverzorgende verwacht wordt over het al dan niet adviseren over AV-geneesmiddelen.

#### 2. MIC-beleid

De veiligheid van de kraamzorg is er verder bij gebaat dat kraamzorgaanbieders en kraamverzorgenden leren van zaken die niet goed gingen. Daarom wil de inspectie dat

---

[27] Drie meldingen in 2008 aan het IGZ-loket betroffen gezinnen van niet-Nederlandse afkomst; deze bevestigden dit beeld.

[28] Algemene Verkoop, zelfzorggeneesmiddelen die overal vrij verkocht mogen worden zonder recept, in tegenstelling tot UR-, Uitsluitend Recept geneesmiddelen. Onder AV vallen alle homeopathische en fytotherapeutische middelen.

elke kraamzorgaanbieder een systeem heeft waarin medewerkers incidenten melden. Meldingen moeten vervolgens geanalyseerd worden op hun mogelijke oorzaak. Deze analyses moeten op hun beurt leiden tot de invoering van verbeteringen. In feite moeten er twee meldroutes zijn die leiden naar twee aparte systemen: de ene is bedoeld voor de interne kwaliteitsbewaking (Melding Incidenten Clienten-systeem<sup>[29]</sup>) en de andere voor externe verantwoording en eventueel waarschuwing van anderen. Dit is de wettelijke meldingsplicht in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen (zie ook punt 3).

Indien tijdens de kraamzorg een gebeurtenis plaatsvindt die verband houdt met (het uitvoeren van) de kraamzorg, en die (bijna) schade veroorzaakt bij moeder of kind, dient de kraamverzorgende dit te melden bij de kraamzorgorganisatie. Door deze zogeheten MIC-meldingen te registreren, krijgt de kraamzorgorganisatie inzicht in het vóórkomen van ongevallen, incidenten en/of (bijna) gevaarlijke situaties. Na de registratie is het van belang de inhoud en oorzaak van de situatie te analyseren. Dit maakt het mogelijk actie te ondernemen om een volgend incident te voorkomen.

Tot slot moeten kraamzorgaanbieders de meldingsbereidheid van kraamverzorgenden stimuleren, in een veiligheidscultuur waarin deze medewerkers zich veilig en verantwoordelijk voelen om alle incidenten en gevaarlijke situaties te melden en te leren van die situaties. De kraamverzorgende moet ervaren dat de aanbieder een melding ziet als een mogelijkheid om de kwaliteit en de veiligheid van de kraamzorg te verbeteren en niet als een incident als gevolg van persoonlijk falen.

### *3. Meldingen bij de inspectie*

De inspectie ziet toe op naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen en moet kunnen beschikken over voldoende informatie over calamiteiten die zich voordoen in iedere instelling. Onder instelling verstaat de Kwaliteitswet zorginstellingen 'ieder organisatorisch verband waar zorg wordt verleend', dus ook kraamzorgaanbieders. Op grond van artikel 4a ( geldig sinds 17 juni 2005) van deze wet is de kraamzorgaanbieder wettelijk verplicht iedere calamiteit die heeft plaatsgevonden, te melden aan de inspectie. Een melding van een calamiteit kan vervolgens aanleiding zijn voor een onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening door de inspectie.

#### **3.4.1 Medicatieveiligheid was niet goed geregeld**

##### **Resultaten uit de vragenlijsten uit 2007**

Volgens de vragenlijsten beschikte 26,9 procent (n=25) van de kraamzorgaanbieders over een protocol met de beschrijving van de rol van de kraamverzorgende over het al dan niet adviseren over homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen aan de kraamvrouw, de pasgeborene of andere kinderen uit het gezin. Bij deze 25 kraamzorgaanbieders was het protocol van vóór 2004.

##### **Resultaten uit de inspectiebezoeken**

Bij één van de achttien bezochte kraamzorgaanbieders is schriftelijk beleid gevonden over de rol van de kraamverzorgende bij het adviseren over AV-geneesmiddelen; dit beleid bleek bekend te zijn bij de gesproken kraamverzorgenden. Uit de gesprekken met het managementteam bleek bij tien kraamzorgaanbieders dat zij een duidelijke visie op dit onderwerp hadden, maar dat die nog niet was omgezet in schriftelijk beleid. Bij vijf

---

[29] In de praktijk afgekort als MIC-systeem, waar MIC-meldingen geregistreerd en geanalyseerd worden.

kraamzorgaanbieders bleek uit de gesprekken dat de visies tussen het management-team en de kraamverzorgenden hierover verschilden.

*De inspectie belde met een kraamzorgaanbieder om enkele vragen te stellen naar aanleiding van zijn website met opmerkelijke gegevens over homeopathie. De directeur, zelf meer dan twintig jaar werkzaam als kraamverzorgende, bleek veel affiniteit te hebben met homeopathie. Zij vertelde dat ze het gebruik van homeopathische middelen aan cliënten adviseerde en noemde een paar voorbeelden. De inspectie legde uit dat homeopathische middelen een geneesmiddel kunnen zijn en dat deze middelen niet zonder tussenkomst van een verloskundige of een huisarts door een kraamverzorgende geadviseerd mogen worden. De directeur begreep dit volkomen, maar was zeer beslist over merk x en merk y, waar dit toch echt niet voor zou gelden. Deze homeopathische middelen werden volgens haar dan ook 'door iedereen' geadviseerd. Haar eigen homeopaat adviseerde haar ook over wat wel en niet kon en ze bleek niet van plan te zijn om voor 'elk wissewasje' met de verloskundige te overleggen. Na uitleg van de inspectie vond de directeur het toch een goed idee extra aandacht te besteden bij de kraamverzorgenden en de ZZP'ers over het niet mogen adviseren over de 'gewone' geneesmiddelen.*

Daarnaast bleek uit de gesprekken dat kraamverzorgenden zich aanpasten aan de verloskundige. Bij de ene verloskundige moet altijd voor een paracetamol gebeld worden, bij de andere niet. Over het omgaan met homeopathische en fytotherapeutische middelen bestaat geen beleid en het risico bij het gebruik door baby's bleek niet bekend te zijn.

#### ***Jong geleerd, oud gedaan?***

*De inspectie kreeg in 2006 te horen dat een baby van enkele weken in paniek door ouders op de eerste hulp werd gebracht. De baby was op dat moment versuft en reageerde nauwelijks meer op de omgeving. De ouders vertelden op de eerste hulp dat hun zoontje voorheen wél actief was, maar hij huilde erg veel en had last van darmkrampjes. Dit was al tijdens de kraamtijd begonnen. De kraamverzorgende had de ouders toen verteld dat er een homeopatisch middel te koop was tegen darmkrampjes. De laatste dagen had de baby zo langdurig en veel gehuild dat de ouders er niet meer tegen konden. Omdat het een homeopatisch middel betrof, gaven de ouders het middel onder het motto 'baat het niet, dan schaadt het niet'. De laatste twee dagen werd het middel een paar maal extra gegeven. Dat dit homeopathische middel echter voor deze baby wel degelijk schadelijk kon zijn, bleek toen de ouders van de artsen hoorden dat de baby versuft was geraakt door een overdosis aan alcohol waarin het middel was opgelost. Gelukkig reageerde de baby na een dag weer als voorheen.*

### **3.4.2 MIC-beleid was niet bij iedereen bekend**

#### **Resultaten uit de vragenlijsten uit 2007**

Ruim twee derde van de kraamzorgaanbieders gaf in de vragenlijst aan MIC-meldingen te registreren, maar liet weten dat er in 2006 geen meldingen zijn geweest. In de vragenlijst gaf een derde van de kraamzorgaanbieders aan dat er in 2006 wel meldingen waren geweest en dat het aantal daarvan ook bekend was. Bij deze 31

kraamzorgaanbieders bleken in totaal 162 meldingen geregistreerd te zijn, variërend van 1 tot 27 per kraamzorgorganisatie. In 3 vragenlijsten stond dat er gemeld was, maar dat men niet op de hoogte was van het aantal meldingen.

#### **Resultaten uit de inspectiebezoeken**

Bij twee van de kraamzorgaanbieders bleek het MIC-systeem goed beschreven te zijn en konden de kraamverzorgenden vertellen hoe zij moesten handelen bij een (bijna-) incident. Zij waren goed op de hoogte. Bij vier kraamzorgaanbieders ontbrak het beleid over het MIC-systeem maar wisten de kraamverzorgenden wel dat zij (bijna) incidenten moesten doorgeven aan de kraamzorgaanbieder. Bij vier kraamzorgaanbieders was er wel schriftelijk beleid over een MIC-systeem, maar bleken de kraamverzorgenden niet bekend met het doel en de werkwijze van het MIC-systeem. Bij twee van deze kraamzorgaanbieders bleken er wel MIC-meldingen vastgelegd te zijn, waaruit ook bleek dat zij besproken waren met betrokkenen.

Bij acht kraamzorgaanbieders was geen beleid geformuleerd en bleken de kraamverzorgenden ook niet bekend te zijn met een MIC-systeem of het doel daarvan.

Na uitleg over MIC-meldingen brachten de kraamverzorgenden verschillende situaties naar voren uit de praktijk die eigenlijk in het kader van MIC-meldingen geregistreerd hadden moeten worden. Ook bleek uit de gesprekken met kraamverzorgenden dat zij de arbomeldingen en MIC-meldingen vaak met elkaar verwarden.

### **3.4.3 Wettelijke meldingsplicht aan inspectie: niet alle calamiteiten werden gemeld**

#### **Resultaten uit de vragenlijsten**

Dit onderdeel is in 2007 niet bevroegd.

#### **Resultaten uit de inspectiebezoeken en analyse van loketmeldingen**

Uit de gesprekken bleek dat het merendeel van de kraamzorgaanbieders niet op de hoogte was van de wettelijke meldingsplicht van calamiteiten aan de inspectie. Het exacte aantal kraamzorgaanbieders hiervan is niet bekend.

Daarom heeft de inspectie meldingen bestudeerd die bij haar loket binnenkwamen, gedurende de laatste twee kwartalen van 2007 en de eerste twee kwartalen van 2008, voorzover deze betrekking hadden op calamiteiten tijdens de kraamtijd, tot twee maanden hierna. Dit bleken er 25 te zijn. Meldingen over calamiteiten als gevolg van handelingen door gynaecologen, huisartsen of verloskundigen werden vervolgens uitgesloten, evenals meldingen over calamiteiten die in het ziekenhuis of in de polikliniek plaatsvonden. Meldingen over vroegsignalering zijn geïnccludeerd, om de rol van de kraamverzorgende in dit kader te onderzoeken.

Uiteindelijk bleken slechts 9 van de 25 meldingen te voldoen aan dit criterium. Eén melding was direct gericht tegen een kraamzorgaanbieder over slechte bejegening, waarbij het loket verwees naar de klachtencommissie van de betrokken kraamzorgaanbieder. De overige acht meldingen betroffen vroegsignalering, waarvan er vijf meldingen na onderzoek duiden op mishandeling van de baby. Vier van deze calamiteiten hadden het overlijden van baby als gevolg. In slechts één onderzoek werd een kraamverzorgende betrokken. Dit kwam doordat bij deze casus de kraamzorgaanbieder zelf het AMK gewaarschuwd had. Bij de overige calamiteiten bleek Jeugdzorg of de JGZ of de huisarts bevroegd te zijn, maar werd de kraamperiode of de kraamzorgaanbieder buiten beschouwing gelaten in het onderzoek.



## 4 Overige resultaten uit de vragenlijsten

In dit hoofdstuk schenken we aandacht aan een aantal overige resultaten:

- Relevante kwantitatieve gegevens over het veld.
- Gegevens over het personeelsbestand van de kraamzorgaanbieders.
- De certificaten waarover de kraamzorgaanbieders al dan niet beschikken.
- De ervaringen met zorggeving en andere vormen van bemiddeling.

Met deze resultaten willen we – op basis van de ingevulde vragenlijsten – een beeld geven van het veld die we wel relevant achten, maar die in het vorige hoofdstuk niet aan de orde gekomen zijn, omdat ze niet direct betrekking hebben op een van de vier risicoaspecten.

### 4.1 Kwantitatieve gegevens over het veld

*Merendeel van de kraamzorgaanbieders bestaat langer dan drie jaar.*

Uit de resultaten van de vragenlijsten in 2007, die gegevens leverden over 2006, bleek dat 81 van de 93 kraamzorgaanbieders al langer dan drie jaar bestond. Twaalf kraamzorgaanbieders waren minder dan drie jaar op de markt. Hiervan was één organisatie korter dan een jaar geleden gestart.

*Er zijn diverse soorten kraamzorgaanbieders.*

Uit de vragenlijsten blijkt dat er verschillende soorten zorgaanbieders zijn.

Tabel 3

#### Soorten kraamzorgaanbieders

<i>Soort kraamzorgaanbieder (N = 93)</i>	<i>Percentage landelijk gemiddelde</i>
Zelfstandige kraamzorgaanbieder	46
Kraamzorgaanbieder (op dit moment) als onderdeel van thuiszorgorganisatie	39
Anders, zoals kraamzorghotel, bemiddelingsbureau en onderdeel van verpleeg- en verzorgingshuizen	15

*Het aantal kraamzorgperiodes wisselt sterk per organisatie.*

Het aantal kraamzorgperiodes is het aantal cliënten waarbij de kraamzorg per jaar, i.c. 2006, gestart is na de partusassistentie en/of na het eventuele verblijf in het ziekenhuis. De resultaten van de vragenlijsten laten zien dat er in 2006 aan 158.791 cliënten kraamzorg is geleverd door 92 aanbieders. Dit is 87 procent van het aantal vrouwen dat in 2006 is bevallen (CBS). Slechts één organisatie kon niet aangeven aan hoeveel cliënten zij in 2006 kraamzorg geboden heeft. De kraamzorgperiodes varieerden per kraamzorgaanbieder tussen 15 en 10.796 cliënten.

Tabel 4  
**Aantal cliënten/kraamzorgperiodes verdeeld over de kraamzorgaanbieders**

<i>Aantal cliënten/kraamzorgperiodes</i>	<i>Aantal organisaties</i>
onbekend	1
< 100	9
100-499	21
500-999	15
1.000-2.499	23
2.500-4.999	19
≥ 5.000	4
≥ 10.000	1
totaal	93

## 4.2 Personeelsbestand van de kraamzorgaanbieders

### 4.2.1 Er bleken grote verschillen in aantal personeelsleden tussen kraamzorgaanbieders

Van de 93 kraamzorgaanbieders waren 91 kraamzorgaanbieders (97,8%) in staat gegevens over het aantal kraamverzorgenden aan te leveren. Twee kraamzorgaanbieders wisten niet hoeveel kraamverzorgenden ze in 2006 in dienst hadden gehad. Gemiddeld had iedere instelling 102 kraamverzorgenden in dienst, waarbij het aantal varieerde van 1 tot 625 kraamverzorgenden.

Tabel 5  
**Aantal kraamverzorgenden in dienst**

	<i>Aantal in dienst</i>
Gemiddelde	102
Minimum	1
Maximum	625
Standaarddeviatie	83

### 4.2.2 Over deskundigheid van ZZP'ers bleek weinig bekend

*Er werken veel ZZP'ers in de kraamzorg.*

Naast de hierboven beschreven beroepsgroep zijn er veel Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP'ers) werkzaam in de kraamzorg. Een ZZP'er meldt zich aan bij de Kamer van Koophandel en kan zich zelfstandig vestigen. Daarnaast kunnen kraamzorgaanbieders ZZP'ers inhuren. Soms staan ze ingeschreven bij bemiddelingsbureaus. Kraamverzorgenden die in dienst zijn, krijgen scholing, begeleiding en een functioneringsgesprek om het persoonlijk

functioneren te monitoren. Een ZZP'er beslist zelf over het wel of niet volgen van (bij)scholing.

*De kwaliteit van ZZP'ers in de kraamzorg is echter onbekend.*

Er zijn geen gegevens beschikbaar waaruit op te maken valt dat de ZZP'ers minder geschoold zijn dan kraamverzorgenden in dienstverband. In welke mate en op welke wijze zij hun deskundigheid borgen, is niet bekend (zie ook paragraaf 3.1.5) Het is evenmin bekend of de inzet van een ZZP'er invloed heeft op de kwaliteit van de kraamzorg.

Wél bleek overigens tijdens een inspectiebezoek aan een bemiddelingsbureau en een kraamzorgaanbieder, dat zij bewust kozen voor de inzet van een (gespecialiseerde) ZZP'er bij (probleem)gezinnen. Soms maakten zij gebruik van een ZZP'er met een neonatologieachtergrond en soms zetten zij bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst een ZZP'er in met veel ervaring op dat gebied.

Voor alle kraamzorgaanbieders geldt dat de enquête, ingevuld door de kraamvrouw na afloop van de kraamperiode, bepaalt of dezelfde ZZP'er opnieuw wordt ingezet of niet. Daarnaast gaven zij dat met name ZZP'ers gericht zijn op hun eigen persoonlijke deskundigheidsniveau, vaardigheden en prestatievermogen, dit in het kader van concurrentie.

*De inzet van ZZP'ers werd niet altijd geregistreerd.*

31 aanbieders noteerden hoeveel ZZP'ers zij precies inzetten, bij 14 aanbieders was dit niet bekend. Iets meer dan de helft van de kraamzorgaanbieders zette geen ZZP'ers in (51,6 %).

Van de 31 organisaties die precies konden aangeven met hoeveel ZZP'ers zij werkten, waren er negen die minstens voor de helft met ZZP'ers werkten, drie die evenveel ZZP'ers inhuurden als zij kraamverzorgenden in dienst hadden en drie waar meer ZZP'ers dan kraamverzorgenden werkten; overigens kan dit laatste cijfer beïnvloed worden door inschakeling van een bemiddelingsbureau.

### **4.3 Certificering**

In de vragenlijst zijn vragen gesteld over het beschikken van een kwaliteitscertificaat. Een kraamzorgaanbieder kan over meer certificaten beschikken.

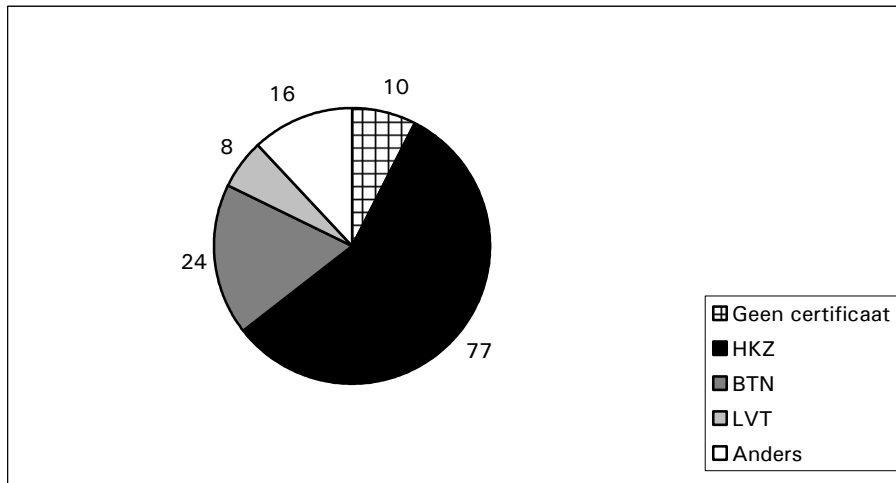
#### **4.3.1 Meeste kraamzorgaanbieders bleken gecertificeerd**

83 van de 93 kraamzorgaanbieders bleken in 2006 te beschikken over een of meer certificaten, dus slechts 10 in het geheel niet. Deze 83 gecertificeerde kraamzorgaanbieders bleken in totaliteit te beschikken over 96 certificaten die recenter zijn dan 2004. 77 aanbieders, dus de meeste, beschikten over het Harmonisatie Kwaliteit Zorg (HKZ) certificaat<sup>[30]</sup>. Daarnaast beschikten 8 kraamzorgaanbieders nog over een certificaat van de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT). 24 kraamzorgaanbieders waren door Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) gecertificeerd.

---

[30] Zorgverzekeraars stimuleren kraamzorgaanbieders ook om een HKZ-certificaat te behalen. Aanbieders zonder HKZ-certificaat worden door verschillende zorgverzekeraars gekort op de vergoedingen.

Figuur 1  
**Overzicht van de certificaten en keurmerken**



#### 4.3.2 Vooral kleine kraamzorgaanbieders hadden geen certificaat

Op basis van de ingevulde vragenlijsten werd vastgesteld of er een verband bestond tussen de grootte van de kraamzorgaanbieder en het beschikken over een certificaat. Certificeren eist immers een financiële investering. Het zou dus goed kunnen zijn dat vooral de grote kraamzorgaanbieders gecertificeerd zijn.

Zonder de inzet van ZZP'ers mee te rekenen, krijgt de inspectie inderdaad de indruk dat de omvang en wellicht de daaraan gerelateerde inkomsten bepalend zijn voor de keuze om te certificeren. Het bleek namelijk dat kraamzorgaanbieders met meer dan 22 kraamverzorgenden in dienst allemaal beschikten over een HKZ-certificaat. Vijf van de achttien kraamzorgaanbieders zonder HKZ-een certificaat, hadden slechts twee kraamverzorgenden in dienst. Gemiddeld hadden deze achttien kraamzorgaanbieders acht fte kraamverzorgenden in dienst (variërend van 1 tot 22 personen).

#### 4.4 Ervaringen met de Zorgveiling en andere vormen van bemiddeling

In het 2001-rapport staat dat kraamzorgaanbieders veel gebruikmaken van callcenters. Deze callcenters werken op verschillende wijzen, met verschillende faciliteiten en mogelijkheden voor de kraamzorgaanbieder. Een belangrijke overeenkomst tussen de callcenters bleek te zijn dat zij kraamverzorgenden bemiddelden.

Uit de vragenlijsten met gegevens over 2006 bleek dat de kraamzorgaanbieders ook geregeld gebruikmaakten van een bemiddelingsbureaus zoals Zorgcentrale Noord, Algemene Thuiszorg Centrale, Landelijke Transferpunt, de Kraamzorglijn van Delta Lloyd en Ohra.

Als speciale vorm van bemiddeling werd op 1 april 2005 de Zorgveiling opgericht door Achmea<sup>[31]</sup> en Menzis voor hun verzekerden. Zo'n veiling werkt als volgt. De zorgverzekeraar plaatst een zorgvraag van een cliënt op een website, waarna kraam-

[31] Per 1 januari 2009 is Achmea gestopt met de inkoop van kraamzorg via zorgveiling. De zorgveiling wordt gecontinueerd door andere zorgverzekeraars. Liberalisering van de prijzen voor de kraamzorg wordt in 2009 waarschijnlijk geacht. De Nza bereidt een consultatiedocument voor.

zorgaanbieders een bod kunnen doen om de zorg te leveren. Het 'beste' bod krijgt de zorg toegewezen en de kraamzorgaanbieder kan contact opnemen met de cliënt.<sup>[32]</sup>

#### 4.4.1 Bijna alle kraamzorgaanbieders maakten gebruik van bemiddeling

Uit de vragenlijsten blijkt dat 90 kraamzorgaanbieders gebruikmaakten van de Zorgveiling en de Zorgcentrale Noord, 86 van de Algemene Thuiszorg Centrale en 81 van het Landelijke Transferpunt. Drie kraamzorgaanbieders gaven aan gebruik te maken van andere bemiddelingsbureaus, zoals de Kraamzorglijn van Delta Lloyd en Ohra, en soms rechtstreeks via de verzekeraar een bemiddelingsbureau aangewezen te krijgen. 75 kraamzorgaanbieders maakten gebruik van de combinatie van de Zorgveiling met Algemene Thuiszorg Centrale, Zorgcentrale Noord en het Landelijk Transferpunt.

#### 4.4.2 Ervaringen van kraamzorgaanbieders met bemiddeling liepen uiteen

Kraamzorgaanbieders hadden zowel goede als minder goede ervaringen met de Zorgveiling, zo bleek uit de vragenlijsten. Eén instelling bleek niet te weten wat de zorgveiling is. De overige antwoorden vindt u hieronder.

Tabel 6

#### Ervaringen van kraamzorgaanbieders met de Zorgveiling

<i>Ervaringen</i>	<i>Percentage</i>
Geen ervaringen	4
Positieve ervaringen	3
Negatieve ervaringen	49
Zowel positieve als negatieve ervaringen	44

De positieve ervaringen met de Zorgveiling betroffen allereerst het uitbreiden van het werkgebied. Niet alleen het aantal cliënten nam toe maar ook het aantal cliënten tijdens een rustige periode. Ook de verandering van de administratie werd als positief ervaren, net als de keuzevrijheid voor cliënten. De negatieve ervaringen betroffen de arbeidsintensiviteit, de werkdruk, administratielast en de biedingsplicht op alle kraamperiodes binnen het werkgebied. De kraamzorgaanbieders meldden een toename van administratiekosten door de veiling. Ook noemden zij het ontbreken van transparantie rond de toewijzing, het ontbreken van transparantie van verzekeringsmaatschappijen en onduidelijkheden voor kraamzorgaanbieders over de inschrijving en voorkeurskeuze van de cliënt.

[32] Rapport Zorgveiling, Nederlandse Zorgautoriteit, oktober 2006.

## 5 Summary

In 2001, the Health Care Inspectorate produced a report in response to questions which had been raised by the Minister of Health. This report, entitled *Kraamzorg, kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid* ['Maternity care: quality and accessibility'] included a number of recommendations whereby maternity care services could be improved. Further to the report, the Inspectorate stepped up its supervision, devoting particular attention to the known risk areas. In doing so, it adopted an approach which does not rely solely on responding to incident reports. Rather, the approach is 'proactive', serving to safeguard quality and prevent incidents from occurring in the first place.

When the Inspectorate began its implementation of the 'phased supervision' system in 2004, it decided to include maternity care in this system. In 2005, a dedicated workgroup was instructed to gather the data required to implement the phased supervision of maternity care. In 2006, the process of developing indicators was conducted in association with the Netherlands Institute of Public Health and the Environment (RIVM).

The Maternity Care Workgroup then used these indicators as the basis of a questionnaire which was submitted to 285 providers of maternity care services in July 2007. The completed questionnaires provided information relating to 2006 and including some 85 per cent of home deliveries. The responses may therefore be deemed representative of the overall situation.

Following the statistical processing of the data, the Inspectorate visited eighteen care providers to determine the actual incidence of the potential risks identified by the questionnaires. This second phase of the study began in March 2008 and continued through June of that year.

The current report presents the findings of both the questionnaires and the eighteen inspection visits. It goes on to set those findings in the context of the recommendations made in the 2001 report. The purpose of the current document is to provide a firm basis for the phased supervision of maternity care services. This will enable the Inspectorate to take a proactive approach which is not based solely on incident reports, and this in turn will provide a further impulse in terms of the safety, effectiveness and patient focus of maternity care services in the Netherlands.

This report therefore addresses three main aspects:

- 1 The extent to which the (pre-)conditions of responsible care have improved since 2001.
- 2 The extent to which the risks identified by the 2007 questionnaires were acknowledged as pertinent during the inspection visits.
- 3 Ways in which a further improvement in the quality of maternity care services can be pursued.

Prior to the inspection visits, the workgroup selected four specific risk aspects, based on the available indicators and the current status of youth and family welfare services as a whole:

- The physical safety of mother and child. Indicators include the correct implementation of protocols, the maintenance of complete and accurate patient

- files, good communication with the chain partners, expert guidance in matters such as breast feeding, and appropriate ongoing training for staff.
- Early identification of (psychosocial) problems. Indicators include the correct use of protocols and/or checklists, and timely referral to the appropriate Youth Health and Welfare services department.
  - Maternity care services provided to families of a non-Dutch ethnic background. Indicators include familiarity with specific customs and health risks, and the ability to communicate effectively despite any language difficulties.
  - Other, miscellaneous risk aspects. Indicators in this respect include medication safety, incident reporting procedures (by clients themselves), and compliance with the statutory requirement to report serious incidents to the Health Care Inspectorate.

The responses to the questionnaires indicate that maternity care services in the Netherlands have indeed improved since 2001. The introduction of quality standards such as the HKZ certificate and the breast-feeding certificate has served to establish the pre-conditions of responsible care. Care providers have adopted various methods of monitoring the quality of their services, and better training opportunities for staff have been created. Moreover all maternity care providers have adopted protocols and guidelines to support the professional interventions of staff, with the sole exception of those for the early identification of (psychosocial) problems.

However, the information drawn from the questionnaires was not always confirmed during the Inspectorate's visits in 2008. This was particularly true with regard to policy concerning the early identification of (psychosocial) problems, registration of client incident reports, and policy regarding families of non-Dutch origins, all of which were found to be less operational than might be assumed on the basis of the questionnaires alone. Of the eighteen care providers visited, half were required to formulate improvements addressing one or more of the risk aspects.

To achieve the required improvements demands more effective communication and cooperation between all chain partners. Indeed, this requirement was stated in the 2001 report but insufficient progress has been made. For example, the Inspectorate notes that cooperation between the obstetric staff (midwives) responsible for the delivery itself and those responsible for general care during the subsequent period is not always adequately structured, which can lead to conflicting approaches to various relevant interventions. Moreover, client files are not always an appropriate channel of communication between the various chain partners, and should not be relied upon as such. Few care providers have any formal written policy with regard to cooperation and communication.

All parties must now work closely together in order to improve the quality of care throughout the chain. They must identify the risks that exist within that chain, and must develop appropriate indicators, field norms and improvement action, which must then be implemented in practice. Set procedures for the early identification of (psychosocial) problems have already been developed and must be implemented by the end of 2009. Further measures are listed in Para. 2.3 of the full report.

The Inspectorate will base its further enforcement norms on the risks identified, and will formulate further measures which will encourage the parties to ensure fully responsible maternity care services. The Inspectorate will also monitor the progress of

the improvements which care providers have set out in the Action Plans they produced further to the inspection visits of 2008. The Inspectorate will develop its phased supervision further, doing so in association with the *Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg* (Transparency in Maternity Services Steering Committee), as described in Para. 2.4 of the full report.



## BIJLAGE 1 Literatuuroverzicht

- Actiz, BTN, Consumentenbond, IGZ, KNOV, NBvK, NPcF, Sting, VWS, Zorgverzekeraars Nederland (2008). Visie op Verantwoorde Kraamzorg.
- Actiz, KNOV, LVG, Sting, BTN, Zorgverzekeraars Nederland (2008). Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode.
- Actiz, KNOV, VWS, LVG, Sting, BTN, Zorgverzekeraars Nederland (2006). Inhoudelijk Kader Partusassistentie. Bij een normaal verlopende thuisbevalling. Vastgesteld in de stuurgroep, 23 november 2006.
- Actiz, KNOV, VWS, LVG, Sting, BTN, Zorgverzekeraars Nederland (2006). Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, versie 2. Instrument voor toekenning van kraamzorg gedurende de kraamperiode.
- Alderliesten, M. (2006). Quality of perinatal care in a multi-ethnic population.
- Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, Z-org, IGZ, VWS, ZN, (2006). Normen voor Verantwoorde zorg Thuis.
- Garssen, J., Meulen, A. van der (2004). Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland. Artikelen, bevolkingstrends Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Herschderfer, K.C., Offerhaus, P., Rijnders, M.E.B., Smit, Y., Sneeuw, K.C., Buitendijk, S.E. (2001). Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Literatuur- en Consensusonderzoek. TNO Preventie en Gezondheid.
- Herschderfer, K.C., Sneeuw, K.C.A., Buitendijk, S.E. (2002). Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek. TNO Preventie en Gezondheid.
- Hoogervorst, H., Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). Brief Kraamzorgveiling.
- Horta, B.L., Bahl, R., Martines, J.C., Victora, C.G. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding. World Health Organisation.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Algemene rapportage betreffende het onderzoek naar de kwaliteit van het zorgverleningsproces aan S. en het gezin waarvan zij deel uitmaakte.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2001). Kraamzorg. Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid.
- Jonge, A. de, Korfker, D.G., Vogels, T., Pal, S.M. van der, Vink, R.M., Buitendijk, S.E., Pal-de Bruin, K.M. van der (2007). Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode. TNO Kwaliteit van Leven.
- Klink, A., Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Brief Uitwerking afspraak kraamzorg in Coalitieakkoord. Uitbreiden van het aantal uren kraamzorg.
- Klink, A., Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Brief ketenzorg zwangerschap en geboorte. Hoofdlijnen van nieuw beleid.
- Korfker, D.G., Herschderfer, K.C., Boer, J.B. de, Buitendijk, S.E. (2002). Kraamzorg in Nederland; een landelijk onderzoek. Eindrapportage 'Kraamzorg voor Allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen'. TNO-rapport.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Landelijk Centrum Kraamzorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, STING beroepsvereniging voor de verzorging, Zorgverzekeraars Nederland (1999). Basiskwaliteitseisen Kraamzorg.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2006). Rapport Zorgveiling. Een onderzoek naar het veilen van kraamzorg.

- Steunpunt Minderheden Overijssel (SMO) (2006). Perinatale zorg voor allochtone vrouwen in Overijssel. Een onderzoek door het Steunpunt Minderheden Overijssel.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Hutten, J.B. (2001). Allochtonen en de thuiszorg: Bereik, verrichtingen en opbrengsten (2001).
- Vos, M.L.G. de, Graafmans, W.C. (2007). Indicatoren voor de Kraamzorg. Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen. RIVM.
- Wieggers, T.A. (2006). Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg. NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

**BIJLAGE 2 Lijst van afkortingen**

Actiz	Organisatie van zorgondernemers
AMK	Advies- & Meldpunt Kindermishandeling
AV-geneesmiddel	Algemene Verkoop geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen): geneesmiddelen die buiten apotheek en drogist verkocht worden (omvatten reguliere homeopathische, fytotherapeutische en antropofische geneesmiddelen)
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
HKZ	Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg die aan alle kinderen van 0 tot 19 jaar in Nederland wordt aangeboden
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LIP	Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn
MIC	Meldingen Incidenten Cliënten
NBvK	Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden
NPCF	Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	Regionaal Opleidingen Centrum
SPOT	Samenwerkende Professionele Organisaties Thuiszorg
Sting	Landelijke Beroepsvereniging Verzorging & Zorgprojecten
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
UR-geneesmiddel	Uitsluitend Recept: geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIG	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZiZo	Zichtbare Zorg
ZZP	Zelfstandige Zonder Personeel

## BIJLAGE 3 Tweede fase instrument voor de kraamzorg

### Inleiding

Volgens de methode van het gefaseerd toezicht (GT) heeft de eerste fase van informatieverzameling bij kraamzorgorganisaties plaatsgevonden via een digitale vragenlijst, gebaseerd op risico-indicatoren. Daarop volgt de fase met toezichtbezoeken aan kraamzorgaanbieders die zijn geselecteerd via de risicoanalyse en waar de inspectie een indicatie heeft dat er een risico bestaat voor onverantwoorde kraamzorg. Het doel van dit tweede fase bezoek aan kraamzorgorganisaties is om een completer beeld te ontwikkelen over de geleverde kwaliteit. Ook de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten en de indicatoren komen hierdoor aan bod. Het tweede fase instrument dient als kader voor deze toezichtbezoeken waarmee een beeld verkregen wordt van de kwaliteit van kraamzorg in Nederland.

Het is de eerste keer dat er een onderzoek plaatsvindt bij kraamzorgorganisaties volgens de hierboven geschetste methode. Dit onderzoek wordt beschouwd als een nulmeting. Een gevolg hiervan is dat kraamzorgaanbieders zich bewust worden te moeten voldoen aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De nulmeting wordt door middel van een rapport afgesloten en dient als input voor de Stuurgroep Zichtbare Kraamzorg. Om tot één indicatorenset te komen die kwaliteitsinformatie betrouwbaar, relevant, valide en algemeen beschikbaar maakt, is in 2007 een projectorganisatie (stuurgroep en projectgroep) ingericht. Daarin zijn alle belangrijke partijen binnen de kraamzorg vertegenwoordigd (ActiZ, BTN, SPOT, Consumentenbond, NPCF, Sting, KNOV, NBvK, ZN, IGZ en VWS).

### Opzet van het instrument

Het instrument voor het tweede fase bezoek is thematisch opgebouwd. De thema's zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde indicatoren voor de kraamzorg en daarna gekozen op grond van zorginhoudelijke veiligheidsaspecten in de kraamzorg. Gezien het feit dat verschillende kraamzorgaanbieders het HKZ systeem (gaan) hanteren, worden hieraan gerelateerde onderwerpen niet bevraagd. Tevens is een concept CQ-index bestudeerd en is op basis van de actualiteit en de huidige ontwikkelingen gekozen voor de vier onderstaande thema's:

- Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind.
- Vroegsignalering van (psychosociale) problemen.
- Kraamzorg bij gezin van niet-Nederlandse afkomst.
- Meldingen Incidenten Cliënten.

Ieder thema bevat de volgende elementen:

- Een korte beschrijving van het thema op basis van de teksten in het RIVM rapport 'Indicatoren voor de Kraamzorg' met vermelding van eventuele overige bronnen.
- Een beschrijving van het risico, gekoppeld aan cliëntveiligheid (moeder, kind, gezinsleden)
- De eerste fase vragen.
- De normen die bij dit thema horen, gebaseerd op veldnormen, ontwikkelde protocollen en standaarden uit het veld en wetgeving.
- een beschrijving per norm wanneer er sprake is van geen risico, gering risico, hoog risico en zeer hoog risico.

Per norm wordt aangegeven met wie uit de kraamzorgorganisatie over deze norm gesproken moet worden en welke gesprekspunten aan de orde zijn.

### Basis van het kwaliteitsoordeel

Een professionele zorgorganisatie levert Verantwoorde Zorg. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht verleend wordt en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

In de kraamzorg zijn de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg algemeen aanvaarde veldnormen. In 2005 hebben de brancheorganisaties en ZN het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) vastgesteld. Het protocol is met ingang van 1 januari 2007 verplicht gesteld door de zorgverzekeraars en dient als instrument voor de toekenning van kraamzorg die cliëntgericht kan worden ingezet, afgestemd op de kraamzorgvraag.

Na het tweede fase bezoek volgt het inspectierapport conform een vastgesteld format. Hierin wordt een oordeel gegeven over de mate van presteren van de kraamzorgorganisatie. In onderstaande tabel worden de vier gradaties van het inspectieoordeel weergegeven.

<i>Oordeel</i>	<i>Definitie</i>	<i>Mogelijke consequenties</i>	<i>Acties</i>	<i>Noot</i>
Zeer hoog risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor moeder, kind of gezinsleden is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als hoog risico beoordeeld worden, kan als zeer hoog risico beoordeeld worden.
Hoog risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor moeder, kind of gezinsleden is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als gering risico beoordeeld worden, kan als hoog risico beoordeeld worden.
Gering risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijkend van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor moeder, kind of gezinsleden .	Actie van zorgaanbieder/beroepsbeoefenaar/bedrijf is nodig. Ze geeft de verbetering aan in het plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als geen risico beoordeeld worden, kunnen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als gering risico beoordeeld worden.

Geen risico	De inspectie constateert geen (rand)-voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor moeder, kind of gezinsleden.	Geen actie nodig	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.
-------------	---	---	------------------	--

## Het 2e fase bezoek

### Van de 1<sup>ste</sup> fase naar de 2<sup>de</sup> fase

De eerste fase van het invullen van de vragenlijst is per 26 oktober 2007 afgesloten. De organisatorische eenheden van kraamzorgaanbieders die niet gereageerd hebben op de digitale vragenlijst zullen bezocht worden. Voorafgaand aan dit inspectiebezoek dient de vragenlijst alsnog schriftelijk te worden ingevuld. Deze bezoeken zullen tevens gebruikt worden om het bezoekinstrument te valideren waarmee in de tweede fase kraamzorgaanbieders op basis van hun risicoscore geïnspecteerd zullen worden.

### Informatiebronnen voor een 2<sup>de</sup> fase bezoek

Voorafgaand aan de tweede fase bezoeken worden onderstaande gegevens verzameld:

- De inspecteur/toezichtmedewerker krijgt een signaleringslijst, waarop staat hoe de instelling scoort afgezet tegen de landelijke spiegelinformatie.
- Overige informatie die bekend is bij de inspectie (meldingen en signalen).

De kraamzorgaanbieder zal geïnformeerd worden over het bezoek en wordt verzocht om onderstaande documenten (indien aanwezig) ter inzage klaar te leggen:

- 1 (Meer)jaarbeleidsplan.
  - 2 Organogram van de kraamzorgorganisatie.
  - 3 Inzage in de wijze waarop de kraamzorgaanbieder de geleverde zorg geëvalueerd heeft met de kraamvrouw.
  - 4 Het (kwaliteits)jaarverslag.
  - 5 Een registratie van de behandelde klachten.
  - 6 Een registratie van de (bijna) incidenten.
  - 7 Het scholingsplan.
  - 8 Overzicht van de medewerkers en de door hen gevolgde trainingen/opleidingsniveau.
  - 9 Documenten waaruit waarborging van zorginhoudelijke veiligheid blijkt.
  - 10 Protocollen en richtlijnen die gebruikt worden.
  - 11 Samenwerkingsafspraken met verloskundigen, huisartsen of verzekeraars.
  - 12 Samenwerkingsafspraken met overige ketenpartners (gemeente/ consultatiebureau).
  - 13 Vier kraamzorgdossiers, met schriftelijke toestemming van de kraamvrouw.
- Het verzoek om schriftelijk aan te geven welke documenten de kraamzorgaanbieders niet ter inzage heeft.

De kraamzorgaanbieder wordt geïnformeerd over de gesprekspartners: In het eerste gesprek een vertegenwoordiging van de directie en indien aanwezig de functionaris die de kraamzorg plant. In het tweede gesprek één tot drie kraamverzorgenden, afgestemd op de grootte van de kraamzorgaanbieder. Het derde gesprek is een kort nagesprek met

de directie om vooruitlopend op het inspectierapport een globaal overzicht van de bevindingen tijdens het inspectiebezoek te geven.

### **Schematische opbouw van een 2<sup>de</sup> fase bezoek**

Inleiding, doel inspectiebezoek en uitleg over taken van IGZ	15 min.
Gesprek met directie kraamzorgaanbieder en kraamzorgplanner	60 min.
Gesprek met één tot drie kraamverzorgenden	60 min.
Inzage in de klaargelegde documenten	15 min.
Pauze en overleg inspecteurs/toezichtmedewerkers	15 min.
Nagesprek met directie kraamzorgaanbieder	15 min.
Totale duur	3 uur

### **Opzet en doel van de gesprekken**

De uitkomsten van de vragenlijst met zorginhoudelijke indicatoren vormen het vertrekpunt. Het 2<sup>de</sup> fase bezoek is een verbreding en verdieping van het beeld van de kraamzorgaanbieders door de vier genoemde thema's te bespreken waardoor de mogelijk aanwezige risico's in de kraamzorg zichtbaarder worden.

### **Openbaarmaking gegevens**

Het bezoekrapport wordt op de IGZ site geplaatst, volgens een vastgestelde procedure;

## Thema: Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind

### Algemene beschrijving

Kraamzorg is er met name op gericht dat de kraamvrouw en haar kind een goede start maken. Het gaat hierbij dan voornamelijk om de verzorging en controle van moeder en kind, voorlichting en instructie en hygiënetafen, alsook het observeren, signaleren en rapporteren hierbij. Het waarborgen van de hygiëne is met name ten aanzien van infectiepreventie van belang. Bij de verzorging van de kraamvrouw is het voorkomen van smetten belangrijk.

Het professioneel handelen van de kraamverzorgende ten aanzien van dit thema wordt ondersteund door het gebruik van protocollen en werkbegeleiding.

### Risico's

Door het ontbreken van beleid en aandacht voor hygiëne (het voorkomen van smetten) en het observeren, signaleren en rapporteren van moeder en kind wordt het professioneel handelen van de kraamverzorgende niet ondersteund en is er geen uniforme, volledige overdracht van gegevens naar de overige zorgverleners als verloskundige, huisarts en jeugdverpleegkundige. Hierdoor kan de effectiviteit van zorg en behandeling tekort schieten. Moeder en kind lopen risico op lagere weerstand, ziekte of ziekenhuisopname bij slechte hygiëne of het missen van lichamelijke kenmerken in relatie tot ziektebeelden.

### Vragen uit de digitale vragenlijst

<i>Vraagnr</i>	<i>Inhoud van vraag</i>
40	Op welke wijze controleert u het dagelijks noteren van de lichaamstemperatuur van de pasgeborene door de kraamverzorgende?
41	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol betreffende de observatie van de voeding ter signalering van ondervoeding van de pasgeborene en de verslaglegging hiervan?
42	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol voor het dagelijks observeren van de urine(lozing) en ontlasting (vochtbalans) van de pasgeborene en de verslaglegging hiervan?
43	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol voor het dagelijks observeren van mogelijke infecties bij de kraamvrouw en de verslaglegging hiervan?
44	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol met betrekking tot voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene?
45	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol betreffende het al dan niet toedienen en/of adviseren over (alternatieve) geneesmiddelen aan de pasgeborene of andere kinderen uit het gezin door de kraamverzorgende?
46	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol ten aanzien van controle op emotionele labiliteit bij de kraamvrouw (bijvoorbeeld ter signalering van ontwikkelende postnatale depressie)?



**Indicatoren eerste fase**

- 1 Dagelijks controleren lichaamstemperatuur van pasgeborenen door medewerkers
- 2 Aanwezigheid protocol ter signalering van ondervoeding van de pasgeborene onafhankelijk van het beleid van de verloskundige en de verslaglegging hiervan.
- 3 Aanwezigheid protocol dagelijks observeren van mictie en ontlasting van de pasgeborene en de verslaglegging hiervan
- 4 Aanwezigheid protocol dagelijks observeren van mogelijke infecties bij de kraamvrouw en de verslaglegging hiervan
- 5 Aanwezigheid protocol met betrekking tot voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene
- 6 Aanwezigheid protocol met betrekking tot advisering over (alternatieve) geneesmiddelen
- 7 Aanwezigheid protocol ten aanzien van controle kraamvrouw op emotionele labiliteit

**Documenten ter inzage**

Aanwezigheid documenten en/of aanwezigheid bevorderen professioneel werken rond zorginhoudelijke veiligheid.

Bij zorginhoudelijke veiligheid gaat het om:

- Lichaamstemperatuur van pasgeborene.
- Ondervoeding van de pasgeborene.
- Dagelijks observeren van mictie en ontlasting van de pasgeborene.
- Dagelijks observeren van mogelijke infecties bij de kraamvrouw.
- Voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene.
- Emotionele labiliteit bij de kraamvrouw.

De beoordeling richt zich op de aanwezigheid van documenten waaruit waarborging van de zorginhoudelijke veiligheid blijkt. Specifiek kan nagegaan worden of voor alle bovengenoemde punten aandacht is en op welke wijze dit geregeld is (bijvoorbeeld via werkinstructie, cursus, werkoverleg, etc).

**Advisering over zelfzorggeneesmiddelen**

Het gaat er om dat de kraamzorgorganisatie over een protocol of een beleid beschikt betreffende het al dan niet toedienen en/of adviseren over AV geneesmiddelen (Algemene Verkoop, zelfzorggeneesmiddelen die overal vrij verkocht mogen worden zonder recept, in tegenstelling tot UR-, Uitsluitend Recept geneesmiddelen) aan de pasgeborene of andere kinderen uit het gezin door de kraamverzorgende. Kraamverzorgenden mogen geen geneesmiddelen adviseren. Vaak wordt vergeten dat dit ook geldt ten aanzien van zelfzorggeneesmiddelen en zelfjes e.d. De kraamverzorgende mag echter geen conclusies trekken naar aanleiding van de gezondheidstoestand van de baby. Uitslag hoeft bijvoorbeeld niet persé op luierslag te duiden. Darmkrampjes kunnen meerdere oorzaken hebben. Bovendien kan gewezen worden op het gevaar dat hoewel alcohol in verdunde toestand niet schadelijk is voor de baby, bij overdosering alcohol grote schade kan aanrichten. Homeopathische middelen bevatten verdunde alcohol, fytotherapeutische geneesmiddelen echter onverdunde alcohol. Dit kan grote gevolgen hebben.

## Uitwerking indicatoren

### Indicator 1.1

#### Zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid waarborging zorginhoudelijke veiligheid bij moeder en kind	2.3.1. + 2.3.3. + 2.4 BKE LIP RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg	Basiskwaliteitseisen Indicatieprotocol kraamzorg, versie 2 RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg

#### Toelichting op de norm:

De mate waarin de kraamzorgorganisatie:

- Zorg draagt voor de ontwikkeling en voor het gebruik van protocollen door kraamverzorgenden betreffende de borstvoeding en de zorg voor moeder en kind.
- Inventariseert situaties en handelingen waarbij naar de algemeen aanvaarde mening risico's en/of negatieve gevolgen voor de cliënt en/of het zorgproces op kunnen treden.
- Op basis van deze inventarisatie beleid heeft ontwikkeld en ten uitvoer gebracht heeft ten aanzien van de ontwikkeling en het gebruik van procedures, protocollen en werkinstructies ter ondersteuning van het professioneel handelen.
- Het professioneel handelen door middel van onder meer systematische (in)werkbegeleiding, groepswerk- en casuïstiekbesprekingen er zorg voor draagt dat (indien van toepassing) de kraamverzorgende de mantelzorgers instrueert en vervolgens nagaat of de hygiëne voldoende gewaarborgd wordt.
- Indien de hygiëne door de mantelzorgers onvoldoende gewaarborgd kan worden, de zorg daarvoor overgenomen wordt door de kraamverzorgende.

## Thema: Kraamzorg bij gezinnen van niet-Nederlandse afkomst

### Algemene beschrijving

Allochtone cliënten weten vaak niet wat voor soort kraamzorg ze kunnen krijgen en hoe ze zich daarvoor moeten aanmelden. Hierdoor kan de voorlichtende en preventieve rol van de kraamverzorgende in de knel komen. Dit is extra zorgelijk aangezien onderzoeken uitwijzen dat kinderen afkomstig uit niet-Nederlandse culturen meer gezondheidsrisico's lopen dan kinderen afkomstig uit een Nederlandse cultuur. Deze gezondheidsrisico's zijn voor, tijdens en na de geboorte per etnische groep verschillend. Zo is in de literatuur bekend:

- Allochtone baby's liggen vaker onder een dekbed.
- Allochtone baby's zijn vaker (dan autochtone baby's) te warm aangekleed.
- Buikligging komt vaker voor bij Surinaamse baby's.
- Wiegendood komt meer voor bij Turkse baby's.

Een kraamzorgorganisatie die op de hoogte is van de verschillende gezondheidsrisico's per etnische groepering kan alert reageren op hulpvragen van allochtone gezinnen en voorlichting geven die gericht is op het voorkomen van bovengenoemde situaties.

### Risico's

Indien de kraamzorgorganisatie niet alert is op het bevorderen van communicatie, informatie en voorlichting lopen gezinnen afkomstig uit een niet-Nederlandse cultuur het risico geen professionele (kraam)zorg te ontvangen. Dit kan betekenen dat gezondheidsproblemen niet op tijd kunnen worden onderkend en moeders niet worden geïnformeerd over zaken die van belang zijn voor de gezondheid van de baby, zoals wiegendood, infecties en het belang van een veilige omgeving voor de baby.

### Vragen uit de digitale vragenlijst:

<i>Vraagnr</i>	<i>Inhoud van vraag</i>
39	Op welke wijze treft u maatregelen die gericht zijn op het bevorderen van goede communicatie tussen de kraamverzorgende en een kraamgezin van niet-Nederlandse afkomst?

### Indicatoren digitale vragenlijst

- 1 Aanwezigheid foldermateriaal dat gericht is op informatieverstrekking aan gezinnen van niet-Nederlandse afkomst.
- 2 Inzet van Vetc-ers, indien van toepassing, is standaard opgenomen in de zorgverlening.

### Documenten ter inzage

- **Foldermateriaal gericht op gezinnen afkomstig uit niet-Nederlandse cultuur**  
De beoordeling richt zich op de aanwezigheid van foldermateriaal. Specifiek kan nagegaan worden of het informatiemateriaal in eigen taal is beschikbaar voor niet-Nederlands sprekende cliënten (of bijvoorbeeld via plaatjes/foto's, als vertalen te duur is!)
- **Foldermateriaal over veilig slapen bij de pasgeborene**  
De beoordeling richt zich op de aanwezigheid van foldermateriaal over veilig

slapen. Is deze folder ook beschikbaar in andere talen of d.m.v. plaatjes geschikt als informatiemateriaal.

– **Bijscholingsdocumenten**

De beoordeling richt zich op de aanwezigheid van een protocol/visiedocument over bijscholing. Specifiek kan nagegaan worden of de kraamzorgorganisatie aantoonbaar bijscholing organiseert voor kraamverzorgenden gericht op kraamzorgverlening in een gezin van niet-Nederlandse afkomst.

### **Uitwerking indicatoren**

#### Indicator 1.1

#### **Aanwezigheid maatregelen**

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid maatregelen (tolkentelefoon, foldermateriaal, structurele cursussen, inzet VETC) gericht op bevorderen goede communicatie tussen kraamgezin afkomstig uit niet-Nederlandse cultuur en kraamverzorgende	BKE 1/1.1  RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg	Basiskwaliteitseisen

#### **Toelichting op de norm:**

##### **Foldermateriaal:**

De kraamzorgaanbieder:

- Verstrekt aan (potentiële) cliënten schriftelijke, actuele informatie voordat afspraken gemaakt worden en draagt zorg voor adequate informatie voor allochtone cliënten. De informatie betreft: de producten; het informatiepunt (waar kan de cliënt terecht voor informatie); de toegang tot de producten (aanmelding, intake); de werkwijze van de organisatie; de leveringsvoorwaarden; de evaluatie en de bijstelling van de zorg; de klachtenbehandeling; de privacy.
- Hanteert een procedure die aangeeft hoe de schriftelijke informatie actueel blijft.

##### **Voorlichting over gezondheidsrisico's naar aanleiding van bijscholing**

De moeder en de partner zijn voorgelicht en geïnstrueerd volgens de geldende inzichten over de (preventieve) zorg voor het kind en de moeder. (1.3. resultaten kraamzorg uit het LIP)

## Indicator 1.2

**Aanwezigheid protocol veilig slapen**

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid protocol met betrekking tot voorlichting over veilig slapen bij de pasgeborene	2.3.1 BKE RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg	Basiskwaliteitseisen RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg

**Toelichting op de norm:**

In de werkinstructie veilig slapen wordt ingegaan op:

- Beddengoed.
- Wijze van opmaken.
- Inrichting van de wieg, opwarmen kruiken.
- Slaaphouding in de eerste dagen.
- Slaaphouding na 1 week / 10 dagen / 2 weken.
- Buikligging.
- Gebruik van een fopspeen.
- Passief roken.
- In ouderlijk bed slapen.

## Thema: Vroegsignalering van (psychosociale) problemen

### Algemene beschrijving

Het thema vroegsignalering is gericht op het herkennen van signalen door kraamverzorgenden die duiden op mogelijke problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin; het routinematig inventariseren van deze signalen en het doorgeven daarvan aan andere zorgverleners in de keten.

De onderwerpen binnen het thema zijn opgenomen in het indicatiëprotocol kraamzorg (Indicatiëstelling Kraamzorg, versie 2 oktober 2006). Het TNO-rapport "Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode " (september 2007) is gebruikt als onderbouwing van de risico's en normen bij dit thema. In dit TNO rapport wordt gesteld dat vroegsignalering niet alleen de zorg aan moeder en kind behelst, maar ook het signaleren van risicosignalen in het hele gezin. De overheid streeft ernaar de zorg rondom kinderen beter op elkaar te laten aansluiten en samenwerking tussen instellingen te verbeteren. In dat kader is door het Ministerie van VWS opdracht gegeven aan TNO om een vroegsignaleringsinstrument te ontwikkelen voor kraamverzorgenden.

### Risico's

Kraamverzorgenden komen bij ongeveer 95 procent van de gezinnen waar een kind geboren is. Zij zijn professionals die gedurende langere tijd aanwezig zijn in een gezin en daardoor signalen kunnen opmerken. Door het niet op tijd herkennen van signalen die duiden op mogelijke problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin lopen kinderen het risico op ernstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (bron TNO rapport).

### Vragen uit de digitale vragenlijst:

<i>Vraagnr</i>	<i>Inhoud van vraag</i>
23	Aan hoeveel cliënten met een eerste partus gaf u in 2006 kraamzorg?
24	Bij hoeveel cliënten met een eerste partus die u in 2006 kraamzorg gaf, heeft een intakegesprek aan huis plaatsgevonden?
31 a	Hoeveel uur heeft een kraamverzorgende (in dienst van uw kraamzorgorganisatie) gemiddeld in 2006 aan bijscholing besteed?
32	Is bijscholing verplicht voor de kraamverzorgenden die in dienst zijn van uw kraamzorginstelling?
33	Vergoedt u de uren die uw kraamverzorgenden besteden aan bijscholing?
47	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over een protocol ten aanzien van de vroegsignalering van kindermishandeling?
48	Kunt u aantonen dat uw personeel instructie heeft ontvangen over het omgaan met signalen die er op zouden kunnen duiden dat er zich na de kraamtijd ernstige problemen voor kunnen gaan doen in het gezin?
49	Met wie heeft uw kraamzorgorganisatie beleidsmatige afspraken gemaakt over samenwerking en afstemming bij alarmsignalen en/of te verwachten problemen in het gezin na de kraamtijd?
50	Beschikt uw kraamzorgorganisatie over schriftelijke afspraken met verloskundige(n) en/of verloskundige huisarts(en) over de onderlinge samenwerking ten aanzien van de zorgverlening?

### Indicatoren digitale vragenlijst

- 1 Aanwezigheid protocol hoe te handelen bij alarmsignalen en problemen na de kraamtijd.
- 2 Aanwezigheid beleidsmatige afspraken over samenwerking en afstemming bij alarmsignalen en/of te verwachten problemen in het gezin na de kraamtijd.

### Documenten ter inzage

- **Protocol vroegsignalering**  
De beoordeling richt zich op de aanwezigheid, de recente datum. Specifiek kan nagegaan worden of opgenomen is door wie en aan wie signalen worden doorgegeven.
- **Samenwerkingsafspraken**  
De beoordeling richt zich op de aanwezigheid en recente datum. Specifiek kan nagegaan worden of met belangrijke ketenpartners als verloskundigen, OKZ, huisartsen afspraken gemaakt zijn op doorgeven van signalen.
- **Overdrachtsformulier**  
De beoordeling richt zich op aanwezigheid. Specifiek kan nagegaan worden of er ruimte is voor het rapporteren of aangeven van signalen over risico's op ernstige problematiek in het gezin.
- **Bijscholingsdocumenten**  
De beoordeling richt zich op de aanwezigheid van een protocol/visiedocument over bijscholing. Specifiek kan nagegaan worden of het visiedocument/beleid gericht is op het verplicht en kosteloos voor de kraamverzorgende volgen van bijscholingen; is er een aantoonbaar document aan de hand waarvan men kan zien of er een cursus vroegsignalering gevolgd is; is er een aantoonbaar document/overzicht waarop wordt bijgehouden wie welke scholing of cursus heeft gevolgd.

### Uitwerking indicatoren

#### Indicator 1.1

#### Protocol vroegsignalering

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid protocol hoe te handelen bij alarmsignalen en problemen na de kraamtijd	2.3.1. + 7 BKE RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg LIP	Basiskwaliteitseisen RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg Indicatieprotocol kraamzorg versie 2

#### Toelichting op de norm:

De mate waarin de kraamzorgorganisatie ervoor zorg draagt dat:

- de medewerkers deskundig zijn is het opsporen van alarmsignalen
- de medewerkers alarmsignalen op juiste wijze doorspelen naar andere ketenspelers.

## Indicator 1.2

**Samenwerkingsafspraken**

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid beleidsmatige afspraken over samenwerking en afstemming bij alarmsignalen en/of te verwachten problemen in het gezin na de kraamtijd.	BKE 7 + Deel B H5 WGBO LIP RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg	Basiskwaliteitseisen Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst Indicatieprotocol kraamzorg versie 2 RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg

**Toelichting op de norm:**

De mate waarin de kraamzorgorganisatie zorg draagt voor een goede samenwerking en afstemming:

- Binnen de kraamzorgorganisatie.
- Met ketenpartners als verloskundigen, JKZ (Volgens TNO is de keten: Leidinggevenden kraamzorg; verloskundigen; jeugdverpleegkundigen en huisartsen).



## Thema: Meldingen Incidenten cliënten

### Algemene beschrijving

Met behulp van een registratie van MIC-meldingen kan inzicht verkregen worden in structurele oorzaken die hebben geleid tot ongevallen, incidenten en gevaarlijke situaties zodat maatregelen kunnen worden genomen om herhaling ervan te voorkomen en de risicobeheersing van de werkzaamheden te verbeteren.

Analytisch te leren kijken na de wijze waarop ze hun organisatie organiseren ten aanzien van optimale veiligheid is ten aanzien van veiligheidsrisico's.

### Risico's

Door het niet registreren en analyseren van incidenten kan in het kader van de kwaliteitscirkel de zorg rond de cliënt niet verbeterd en/of veiliger worden. Het ontbreken van een meldingsprocedure ontnemt de kraamzorgorganisatie een middel om incidenten en gevaarlijke situaties te voorkomen. Door afwezigheid van een meldingsprocedure kan niet opgeanalyseerd worden hoe de kraamzorgaanbieder mogelijke risico's kan voorkomen en daarmee een optimale veiligheid te creëren.

### Vragen uit de digitale vragenlijst:

<i>Vraagnr</i>	<i>Inhoud van vraag</i>
17	Hoeveel zorginhoudelijke meldingen van fouten, ongelukken en (bijna-) ongevallen die zich in 2006 binnen uw kraamzorgorganisatie tijdens de zorgverlening voordeden, heeft u in 2006 ontvangen?
18	Worden deze zorginhoudelijke meldingen aantoonbaar via beleidsaanpassingen gebruikt om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren?

### Indicatoren eerste fase

- 4 Percentage zorginhoudelijke meldingen van fouten en (bijna) ongelukken in 2006.
- 5 Aanwezigheid beleid voor meldingen van fouten en (bijna) ongelukken

### Documenten ter inzage

- **Protocol melden fouten en (bijna) ongelukken**  
De beoordeling richt zich onder meer over de aanwezigheid van een protocol over het melden van gevaarlijke situaties en incidenten die met de zorginhoud (en dus niet arbeidsomstandigheden) te maken hebben?
- **Meldingsformulier**  
Is er een meldingsformulier aanwezig waarop de medewerker fouten en/of (bijna) ongelukken kan noteren? Specifiek kan nagegaan worden of het meldingsformulier toegankelijk is (meldingsbereidheid stimuleert).

## Uitwerking indicatoren

### Indicator 1.1

#### Percentage zorginhoudelijke meldingen

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid systeem voor registreren zorginhoudelijke meldingen	Deel B H5 + 2.3.1. BKE Kwaliteitswet zorginstellingen art. 4a RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg	Basiskwaliteitseisen Kwaliteitswet zorginstellingen RIVM rapport Indicatoren voor de kraamzorg

#### Toelichting op de norm:

De kraamzorginstelling dient afwijkingen van en tekorten in hetgeen is afgesproken of is vastgelegd te registreren, alsmede de gekozen oplossingen.

De kraamzorgaanbieder:

- registreert en bewaakt de kwantiteit en de kwaliteit van de geleverde zorg;
- geeft de cliënt de garantie dat de overeengekomen zorg geleverd wordt.

### Indicator 1.2

#### Samenwerkingsafspraken

<i>Indicator</i>	<i>Norm m.b.t. titel onderwerp</i>	<i>Bron van norm</i>
Aanwezigheid beleid voor meldingen van fouten en (bijna) ongelukken	Deel B H5 BKE Kwaliteitswet zorginstellingen	Basiskwaliteitseisen Kwaliteitswet zorginstellingen

#### Toelichting op de norm:

De kraamzorginstelling dient zorg te dragen dat calamiteiten tijdens de zorgverlening volgens de procedure worden gemeld aan de betreffende instanties waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De kraamzorginstelling dient te zorgen voor een interne meldingsprocedure voor fouten en (bijna-)ongevallen. Daarnaast moet in het geval van calamiteiten/fouten en (bijna-)ongevallen, corrigerende en/of preventieve maatregelen worden genomen en moeten de gekozen oplossingen worden geregistreerd.



