



Eindrapport project Indiceren in de Kraamzorg



Kraamzorg



Indiceren in de kraamzorg

Eindrapport

Bo Geboortezorg
in samenwerking met KraamZus & Claudia de Graauw

December 2024

Dit project is gefinancierd door het Ministerie van VWS.



De KLIM als stap naar passende kraamzorg

Kraamzorg is noodzakelijke zorg die toegankelijk en beschikbaar hoort te zijn voor alle kraamvrouwen, pasgeborenen en hun gezinnen in Nederland. De zorg kan worden opgedeeld in partusassistentie en kraamzorg in het kraambed. Beide vormen van zorg zijn niet weg te denken uit de Nederlandse geboortezorg. Echter, de kraamzorg (zoals deze nu georganiseerd is) is toe aan actualisatie. Hierin is een zekere mate van flexibiliteit vereist om aan iedereen passende kraamzorg te kunnen blijven bieden, nu en in de toekomst. Bo Geboortezorg heeft binnen het project Indiceren in de kraamzorg gewerkt aan een nieuwe flexibele(re) manier van indiceren, om de zorg te actualiseren en bij te dragen aan de ontwikkeling richting passende kraamzorg. Deze nieuwe indicatiemethodiek: 'KLIM', (i.e. Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek) is voornamelijk gebaseerd op twee eerdere onderzoeken in de kraamzorg (i.e. GIZ-studie en KoM-studie). In een exploratieve studie, lopend van september 2022 t/m mei 2024, heeft Bo Geboortezorg verkend of de KLIM daadwerkelijk een goede vervanger kan zijn voor de huidige indicatiemethode; het Landelijke Indicatie Protocol (LIP). Deze studie richtte zich specifiek op de kraamzorg in het kraambed; de partusassistentie is buiten beschouwing gelaten. Er is gekeken naar de omvang, de inhoud en te verwachten kosten van de kraamzorg in het kraambed wanneer er gewerkt wordt met de KLIM. Daarnaast hebben zowel cliënten als zorgmedewerkers hun ervaringen en meningen gedeeld over de werkwijze en toepasbaarheid van de KLIM in de praktijk.

Resultaten van de KLIM-pilot

De KLIM, zoals onderzocht in de exploratieve studie, biedt diverse kansen voor cliënten en kraamverzorgenden. Tegelijkertijd vraagt de indicatiemethodiek om verfijning op verschillende vlakken. Op basis van een cluster aan gezondheidssuitkomsten en ervaringen, wijzen de eerste resultaten uit dat werken met de KLIM mogelijk leidt tot kwalitatieve passende kraamzorg (qua inhoud en omvang) tegen acceptabele kosten. Voordelen van de KLIM (ten opzichte van het LIP) liggen voornamelijk op het vlak van flexibiliteit, continuïteit en ondersteuning waar gewenst.

Op basis van waardevolle input van medewerkers van kraamzorgorganisaties en samenwerkende geboortezorgverleners is inzicht verkregen in de positieve punten en aandachtspunten van de uitvoerbaarheid van de KLIM. Alhoewel de meeste kraamverzorgenden de grotere verantwoordelijkheid in de indicatiestelling waardeerden (aan de hand van objectieve criteria), waren zij verdeeld enthousiast over het methodisch werken (met behulp van de GIZ-methodiek). Aanscherping van de KLIM is daarom wenselijk, zodat deze nieuwe indicatiemethodiek doorontwikkeld kan worden tot een landelijk implementeerbare versie.

Het vervolg van de KLIM

De KLIM, die grofweg bestaat uit de GIZ-methodiek en zorgpakketten, kan als nieuwe indicatiemethodiek bijdragen aan de beweging naar passende kraamzorg. De resultaten van de exploratieve studie laten echter wel zien dat de KLIM inhoudelijk om verbetering vraagt vóórdat deze indicatiemethodiek het huidige LIP in praktijk kan vervangen. Met dit eindrapport is een eerste stap gezet in de richting van verbetering. Om te komen tot een optimale landelijke indicatiemethodiek, is het noodzakelijk om de opbrengsten van dit eindrapport in een breder gezelschap van samenwerkende ketenpartners en in meerdere gremia van kraamzorgorganisaties te bespreken en verder te duiden. Als leidraad voor de doorontwikkeling, is reeds een pakket aan randvoorwaarden en aanbevelingen opgesteld. De breed gedragen filosofie van passende kraamzorg achter de KLIM biedt een veelbelovende basis voor verdere verfijning en optimalisatie van een nieuwe indicatiemethodiek.

Bo Geboortezorg

Inhoudsopgave

1. Aanleiding.....	4	6.2 Vervolg.....	17
2. De KLIM	5	6.3 Gezamenlijke visie en versnellingsagenda	17
2.1 Doelstelling.....	5	7. Afronding en dankwoord	18
2.2 Afstemming	5	8. Afkortingen.....	19
2.3 Opbouw	5	9. Literatuurlijst	20
2.4 Werkwijze	7	Bijlage 1. Tarief kraamzorg	21
3. Exploratieve studie	8	Bijlage 2. Randvoorwaarden passende kraamzorg (inclusief KLIM).....	22
3.1 Onderzoeksdesign en setting.....	8	Bijlage 3. Aanbevelingen doorontwikkeling KLIM	23
3.2 Methode	8		
3.3 Studiepopulatie	9		
3.4 Verloop studie en dataverzameling.....	9		
3.5 Data-analyse	9		
4. Resultaten.....	10		
4.1 Onderzoekspopulatie	10		
4.2 Omvang van de zorg	10		
4.3 Cliëntervaringen	11		
4.4 Medewerker ervaringen	11		
4.5 Gezondheidsuitkomsten.....	14		
4.6 Indicatieve kostprijs KLIM vs. LIP	14		
5. Discussie	15		
6. KLIM-koers.....	17		
6.1 Randvoorwaarden en aanbevelingen.....	17		

1. Aanleiding

Een decennium geleden stond de vergoeding van kraamzorg uit het basispakket van de zorgverzekering ter discussie. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) oordeelde dat kraamzorg noodzakelijke postnatale zorg is die toegankelijk en beschikbaar moet zijn voor alle kraamvrouwen en pasgeboren kinderen in Nederland (ZIN, 2015). Naar aanleiding daarvan had toenmalig Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten kraamzorg te blijven handhaven in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Schippers, 2015). Ook nam Minister Schippers het advies van het ZIN over, namelijk om de inhoud en de omvang van de kraamzorg te onderzoeken en te actualiseren ten behoeve van meer kraamzorg op maat. Inmiddels hebben diverse wetenschappelijke onderzoeken plaatsgevonden in de kraamzorg (zie hiervan de uitkomsten op [Kennis over Kraamzorg | ZonMw](#)), die allemaal op eigen wijze een stukje aanleveren voor de puzzel van **passende kraamzorg**.¹

Tot op het heden wordt kraamzorg geïndiceerd aan de hand van het LIP (opgesteld in 2008), die reeds geruime tijd om herziening vraagt. Deze huidige indicatiemethodiek voorziet namelijk niet in de behoefte om voor iedereen passende kraamzorg te kunnen realiseren. In 2020 is Bo Geboortezorg daarom het project **Indiceren in de kraamzorg** gestart (gesubsidieerd door VWS, 2020) met als doel het ontwikkelen van de nieuwe indicatiemethodiek: de **KLIM**. Het project is gebaseerd op de overwegend positieve onderzoeksresultaten uit de studies Gezamenlijk Inschatten van de Zorgbehoeften (GIZ) (Rijnders, Vink & Bontje, 2021) en Kraamzorg op Maat (KoM) (Vermolen et al., 2020). Dit huidige rapport beschrijft niet alleen globaal de werkwijze van de KLIM, maar gaat ook gedetailleerd in op de eerste toetsing van en ervaringen met de inzet van de KLIM in de praktijk. Een uitgebreidere beschrijving van de werkwijze is te vinden op www.passendekraamzorg.nl.²

¹ Passende kraamzorg is kraamzorg die qua inhoud en omvang passend is voor de individuele situatie van elke cliënt.

Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt de inhoud van de KLIM, zoals getoetst in de exploratieve studie, beschreven. Er wordt ingegaan op de wijze waaruit deze nieuwe indicatiemethodiek is opgebouwd en hoe de KLIM in de praktijk gebruikt kan worden. Vervolgens in Hoofdstuk 3 wordt de opzet van de exploratieve studie toegelicht. De resultaten van deze pilot, zowel de kwantitatieve als kwalitatieve uitkomsten, worden uitgebreid beschreven in Hoofdstuk 4. Een discussie met overwegingen en aandachtspunten is te vinden in Hoofdstuk 5, waarna in Hoofdstuk 6 vooruit wordt gekeken naar de toekomstige koers.

² Deze website is in ontwikkeling en wordt begin 2025 gelanceerd.

2. De KLIM

2.1 Doelstelling

De KLIM³ beoogt het leveren van passende kraamzorg, zowel qua **inhoud** als **omvang**. Deze nieuwe indicatiemethodiek biedt concrete handvatten voor het bepalen van de inhoud van de kraamzorg die het beste past bij de zorgbehoefte van de client én de bijbehorende omvang van deze zorg.

2.2 Afstemming

Om passende kraamzorg te kunnen leveren, vindt overleg en afstemming plaats binnen de driehoek van kraamverzorgende, cliënt en verloskundige, en (indien nodig) andere medische en sociale ketenpartners (zoals huisarts of jeugdgezondheidszorg). Een gezamenlijke inschatting van zorgbehoefte en benodigde zorg gebeurt op basis van de taken en verantwoordelijkheden van de hiervoor genoemde betrokkenen (zie website). Vervolgens wordt op basis van zorgpakketten een indicatie (van het aantal uren kraamzorg) gesteld (zie Tabel 1 voor overzicht van de zorgpakketten). De verantwoordelijkheid voor *het stellen* van deze indicatie ligt bij de kraamzorg. De verloskundige is, net zoals in het huidige LIP, medisch verantwoordelijk voor de zorg in het kraambed.

2.3 Opbouw

De KLIM bestaat uit een combinatie van de GIZ-methodiek (Rijnders et al., 2021) en de zorgpakketten uit de KoM-studie (Vermolen et al., 2020). Ook zijn de principes van 'methodisch werken'⁴ (Vilans et al., 2014) en 'samen beslissen' (Patiëntenfederatie Nederland, 2020) geïntegreerd in de ontwikkeling van de KLIM. Deze vier componenten samen ondersteunen het beoogde doel van een nieuwe landelijke indicatiemethodiek om

passende kraamzorg aan te kunnen bieden, zowel qua inhoud als qua omvang.

Inhoud op maat

De zorgbehoefte van de cliënt⁵ wordt, zowel tijdens de intake als tijdens de kraamperiode⁶, gestructureerd in kaart gebracht met behulp van de GIZ-methodiek. Dit is een methodiek waarin de kraamverzorgende aan de hand van een praatplaat (bestaande uit GIZ-driehoek en GIZ-matrix) samen met de cliënt de zorgbehoefte bespreekt om gezamenlijk te beslissen over passende ondersteuning. Daarna vertaalt de kraamverzorgende deze zorgbehoefte naar zorgdoelen, die zij tijdens de kraamperiode omzet in concrete activiteiten. Tijdens de intake worden zorgdoelen opgesteld en indien nodig bijgesteld aan het begin van de kraamperiode, zodat de zorg optimaal aansluit bij de zorgbehoefte van de client. Gedurende de kraamperiode evalueert de kraamverzorgende samen met de cliënt (en de verloskundige) de voortgang van de zorgdoelen en kunnen deze doelen waar nodig opnieuw worden bijgesteld.

Er bestaan drie verschillende type zorgdoelen in de KLIM:

1. *Basis zorgdoelen*

Deze basis zorgdoelen zijn voor alle cliënten hetzelfde, ongeacht hun medische situatie, en komen voort uit de subdoelen zoals opgesteld in het Kader Doelen Kraamzorg (KDK). De activiteiten die nodig zijn om een basis zorgdoel te behalen kunnen wél per cliënt verschillen. Voorbeeld zorgdoel: ouders weten hoe zij hun pasgeborene kunnen voeden.

³ De hier toegelichte KLIM betreft de indicatiemethodiek zoals getoetst in de pilot; de uiteindelijke toekomstige indicatiemethodiek kan hier mogelijk anders van afwijken.

⁴ Methodisch werken omvat planmatig en doelgericht de benodigde informatie verzamelen en analyseren, zodat de kraamverzorgende samen met de cliënt kan beslissen welke ondersteuning nodig is.

⁵ Hiertoe behoort ook het kraamgezin waar de cliënt onderdeel van uitmaakt.

⁶ De kraamperiode is de periode dat de kraamverzorgenden aanwezig is bij het gezin.

2. Cliënt-specifieke zorgdoelen

Gebaseerd op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en in lijn met het KDK. De activiteiten die nodig zijn om een client-specifiek zorgdoel te behalen, worden afgestemd op de unieke situatie van de cliënt. Voorbeeld zorgdoel: ondersteuning bij extreme onzekerheid van ouders.

3. Zorgdoelen ten gevolge van kritische observaties

Gebaseerd op problemen/afwijkingen die de kraamverzorgende signaleert tijdens de kraamperiode en in lijn met het KDK. Deze zorgdoelen en bijbehorende activiteiten worden altijd afgestemd met een andere betrokken zorgverlener, meestal de verloskundige. Voorbeeld zorgdoel: uitsluiten van hyperbilirubinemie bij geel zien baby.

Wanneer de haalbaarheid van de doelen niet binnen het bereik van de kraamzorg ligt, wordt de zorg (met toestemming van de cliënt) overgedragen aan andere zorgverleners. De zorg wordt afgesloten als alle zorgdoelen zijn behaald óf zijn overdragen aan andere zorgverleners.

Omvang op maat

Een zorgpakket, en daarmee een indicatie van het aantal uren (inclusief bandbreedte), wordt op basis van objectieve criteria⁷ (zie Tabel 1) per cliënt vastgesteld. Elke zorgpakket kent één of meerdere objectieve criteria, behalve basis zorgpakket (Tabel 1). Het aantal dagen waarop kraamzorg wordt geleverd verschilt per zorgpakket, maar de kraamperiode duurt altijd tot en met de zevende dag postpartum. Uit eerder wetenschappelijk onderzoek is namelijk bekend dat de meeste kritische observaties⁸ bij cliënten zich voordoen tot de zevende dag na de bevalling (De Groot et al., 2018). Een wisseling van zorgpakket is mogelijk wanneer de (medische) situatie van kraamvrouw en/of pasgeborene verandert tijdens de kraamperiode. Ook bij-indicatie van uren (bovenop de bandbreedte van het

vastgestelde zorgpakket) is mogelijk om de zorgdoelen te kunnen behalen. Dit kan het geval zijn bij een uitzonderingssituatie, bijvoorbeeld bij sprake van (langdurige) opname van kraamvrouw en/of pasgeborene, overlijden van de kraamvrouw en/of pasgeborene, adoptie, draagmoederschap of wensouders.

Tabel 1. Zorgpakketten, inclusief omvang (Vermolen et al, 2020).

Zorgpakket		Aantal uren (bandbreedte)	Aantal dagen
1	Basis	38 (38-44)	7
2	Lage belastbaarheid kraamvrouw	43 (43-51)	8
3	Hoge belasting omgeving	46 (38-53)	8
4	Hoge psychische belasting	54 (42-58)	10
5	Sectio	44 (38-44)	8
6	Bevallingsproblemen	41 (41-46)	7
7	Risico's kind	44 (38-46)	8
8	Slechte start kind	41 (35-47)	7
9	Zorgpakket 4 en ≤1 ander zorgpakket	58 (51-59)	10
10	Zorgpakket 2 en zorgpakket 5	49 (44-57)	8
11	Zorgpakket 2 en zorgpakket 6	46 (46-54)	8
12	Andere combinatie zorgpakketten	50 (53-56)	8
13	Uitgestelde kraamzorg	16 (8-16)	4

⁷ Een objectieve criterium is feitelijke informatie over de kraamvrouw, pasgeborene of gezin die door een zorgverlener geobserveerd kan worden (bijv. sectio, opname NICU of mantelzorg niet aanwezig).

⁸ Een kritische observatie is een risicosignaal bij de kraamvrouw, pasgeborene of gezin/thuissituatie die direct handelen van de kraamverzorgende vereist (bijv. mastitis, spruw of ander gezinslid ziek).

2.4 Werkwijze

Een schematische weergave van de werkwijze met de KLIM is te vinden in Figuur 1. Op drie momenten kan er een indicatiestelling plaatsvinden: tijdens de intake, start van de kraamperiode en tijdens de kraamperiode.

- 1) De voorlopige toewijzing van een zorgpakket aan een cliënt gebeurt **tijdens de intake**. De **intaker**⁹ maakt gebruik van de GIZ-methodiek om te komen tot de juiste zorgdoelen en observeert objectieve criteria om het juiste zorgpakket te stellen. De intake vindt plaats bij de cliënt thuis.
- 2) Bij de **start van de kraamperiode** bekijkt en bespreekt de kraamverzorgende samen met de cliënt of alle zorgdoelen, zoals geformuleerd tijdens de intake, nog aansluiten op de actuele situatie. De kraamverzorgende doet dit aan de hand van de GIZ-methodiek. Indien nodig, worden de zorgdoelen in overleg met de cliënt aangepast en wordt er eventueel van zorgpakket gewisseld. Dit kan betekenen dat de indicatie van het aantal uren kraamzorg dan wordt bijgesteld.
- 3) Indien de kraamverzorgende een kritische observatie signaleert **tijdens de kraamperiode** leidt dit altijd (in afstemming met de verloskundige) tot een specifiek zorgdoel. Indien de kritische observatie ook een objectief criterium is voor een bepaald zorgpakket, kan er worden gewisseld van zorgpakket en wordt de indicatie bijgesteld (bijvoorbeeld 'verdenking depressie kraamvrouw' is een kritische observatie én een objectief criterium voor zorgpakket 4 'hoge psychische belasting'). Activiteiten die voortvloeien uit een kritische observatie die geen objectief criterium voor een zorgpakket zijn, dienen in eerste instantie te worden uitgevoerd binnen de gestelde indicatie. Wanneer dit niet haalbaar is kan de kraamverzorgende, in overleg met de verloskundige, bij-indiceren (bovenop de bandbreedte) op basis van de benodigde activiteiten.

De kraamverzorgende en cliënt bespreken dagelijks de voortgang op de zorgdoelen. Tevens vindt tijdens de kraamperiode minimaal één grote tussenevaluatie plaats, voor eventuele bijstelling van de zorgdoelen en/of indicatie van extra kraamzorg, of advies om (vroegtijdig) andere zorg of hulpverlening in te schakelen. De kraamzorg wordt afgesloten wanneer alle zorgdoelen zijn behaald of zijn overdragen. De kraamperiode kan ook worden afgesloten op verzoek van de cliënt, indien de verloskundige (gezien haar medische eindverantwoordelijkheid) hiermee instemt.

Figuur 1. Werkwijze KLIM.



⁹ Met intaker wordt verwezen naar de zorgverlener die de intake doet, ongeacht haar functie.

3. Exploratieve studie

De KLIM werd getoetst in een pilot, met de centrale vraag in hoeverre de KLIM geschikt is als vervangende indicatiemethodiek in de kraamzorg voor het LIP, met als doel méér passende kraamzorg te kunnen leveren¹⁰. De focus van deze pilot was tweeledig en lag op 1) inhoud en omvang van kraamzorg en 2) acceptabele kosten en uitvoerbaarheid in de praktijk.

3.1 Onderzoeksdesign en setting

De KLIM-pilot betrof een exploratieve mixed-method interventiestudie, met gebruik van een interventiegroep (i.e. cliënten ontvingen kraamzorg volgens de KLIM) en een controlegroep (i.e. cliënten ontvingen kraamzorg volgens het LIP). De pilot werd uitgevoerd bij KraamZus, een kraamzorgorganisatie met landelijke dekking en uniforme dataregistratie en niet eerdere deelname aan de KoM- of GIZ-studie. De interventie vond plaats in de regio Noord-Holland Noord; controledata werden verzameld in de regio's Friesland en Groningen. Bij interesse kunnen de geselecteerde postcodegebieden worden opgevraagd bij Bo Geboortezorg. De looptijd van de pilot was september 2022 t/m mei 2024.

3.2 Methode

De interventie betrof het werken met, indiceren en het leveren van zorg volgens de KLIM zoals in Hoofdstuk 2 beschreven. De groep cliënten die ingedeeld waren in de interventiegroep, wordt in dit rapport de KLIM-groep genoemd. De groep cliënten die ingedeeld waren in de controlegroep en dus volgens het huidige LIP zorg ontvingen, wordt de LIP-groep genoemd. Aan de start van de pilot werd een initiële set van kwantitatieve en kwalitatieve uitkomstmaten vastgesteld. De data werd verkregen middels diverse online (gevalideerde) vragenlijsten en interviews/focusgroepen (Tabel 2). De vragenlijsten zijn op twee momenten via e-mail gedeeld met

medewerkers van kraamzorgorganisaties en samenwerkende zorgverleners: twee dagen na de intake en twee dagen na afronding van de kraamperiode. Na een week is er een herinnering gestuurd. Bij interesse kunnen de meetinstrumenten worden opgevraagd bij Bo Geboortezorg.

Tabel 2. Uitkomstmaten en meetinstrumenten.

Uitkomstmaten	Meetinstrumenten
Omvang van de zorg	
<ul style="list-style-type: none">Geïndiceerde en geleverde urenOmvang van zorg volgens cliëntOmvang van zorg volgens kraamverzorgende	<ul style="list-style-type: none">Dossier AtermesVragenlijstVragenlijst, interview
Cliëntervaringen	
<ul style="list-style-type: none">Algemene cliëntervaringFunctioneren kraamverzorgendeErvaren mate van meebeslissen	<ul style="list-style-type: none">ReproQVragenlijstSDM-Q9
Medewerker ervaringen*	
<ul style="list-style-type: none">Werkwijze en implementatie KLIMGebruik en uitvoerbaarheid KLIMWerken met de GIZ (kraamverzorgenden)Samenwerking met andere zorgverleners	<ul style="list-style-type: none">Vragenlijst, interviewVragenlijst, interviewVragenlijst, interviewInterview
Gezondheidsuitkomsten	
<ul style="list-style-type: none">Mate van empowerment van cliëntErvaren gezondheid van cliënt bij afsluiten zorgErvaringen en vertrouwen rondom borstvoedingGeslaagde borstvoeding (kraamzorgindicator)	<ul style="list-style-type: none">VragenlijstEQ-5D-5LVragenlijstVragenlijst
Indicatieve kostprijs KLIM vs. LIP	
<ul style="list-style-type: none">Indicatieve kostprijs KLIM vs. LIP	<ul style="list-style-type: none">Kostenanalyse

*Intakers, planners, kraamverzorgenden, teamleiders, verloskundigen en medewerkers jeugdgezondheidszorg (JGZ).

¹⁰ Voor de dataverzameling en analyse werd gebruik gemaakt van het advies en de ondersteuning van onderzoeksbureau Claudia de Grauw.

Acceptabele kosten in de indicatieve kostprijsberekening werd als volgt gedefinieerd: (meer)kosten die in verhouding staan tot de toegevoegde waarde van de KLIM (uitgedrukt in termen van kwalitatief goede zorg, waaronder de andere uitkomstmaten in Tabel 2). Dit werd berekend aan de hand van de formule: kraamzorg uurtarief 2024 × landelijk gemiddeld aantal uur geleverde kraamzorg × landelijk totaal aantal kraambedden. Voor de landelijke cijfers werd gebruik gemaakt van data uit 2023.

3.3 Studiepopulatie

Data waren afkomstig van cliënten en medewerkers van KraamZus, en verloskundigen en JGZ-medewerkers uit de pilotregio. Tabel 3 toont de gehanteerde in- en exclusiecriteria voor de participanten.

Tabel 3. Inclusie- en exclusiecriteria voor participanten.

Participerende cliënt
Inclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none"> • Ontvangt intake en kraamzorg in de pilotregio • Intake: week 38 in 2022 - week 22 in 2024 • Start kraamzorg: week 49 in 2022 - week 22 in 2024 • Nederlandse taal machtig
Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none"> • Ontvangt minimale zorg (24 uur)
Participerende intaker en kraamverzorgende KraamZus
Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none"> • Geen intakes uitgevoerd met gebruik van de KLIM • Geen zorg geleverd met gebruik van de KLIM

3.4 Verloop studie en dataverzameling

Intakers en kraamverzorgenden van KraamZus in de interventieregio werden geschoold in het werken met de KLIM tijdens twee dagdelen, aangevuld met e-learnings (zie website). De vragenlijsten zijn online gedeeld met cliënten, kraamverzorgenden en verloskundigen gedurende

en na afloop van de pilot. Ook de focusgroepen/interviews vonden tijdens en na afloop van de pilot plaats. Tijdens de focusgroepen en interviews werden medewerkers van kraamzorgorganisaties en samenwerkende zorgverleners bevraagd over de inhoud van de trainingen en hun persoonlijke ervaringen met de KLIM. Gedurende de looptijd van het project vonden er structureel overleggen plaats met de Projectgroep (leden van Bo Geboortezorg en het KCKZ) en de Klankbordgroep (stakeholders: NBvK, KNOV, PFN, Stichting Kind & Ziekenhuis, HELLP Stichting en NCJ). Tijdens deze overleggen werd de pilot gemonitord en werden signalen en uitkomsten besproken en geëvalueerd.

3.5 Data-analyse

Resultaten van de KLIM-groep en de LIP-groep werden met elkaar vergeleken. Ook werd er binnen de groep onderscheid gemaakt tussen cliënten met **basiszorg** (i.e. zorgpakket 1) en **specifieke zorg** (i.e. zorgpakket 2 t/m 12). De zorgomvang (i.e. het aantal uren) voor cliënten met basiszorg is volgens de KLIM namelijk kleiner (i.e. gemiddeld 38 uur) dan volgens het LIP. De zorgomvang voor cliënten met extra benodigde zorg is volgens de KLIM juist groter (i.e. 41-58 uur) dan volgens het LIP. De vergelijkbaarheid van de twee groepen in de verschillende regio's werd getoetst op de volgende karakteristieken: plaats van bevalling, Sociaal Economische Status (SES; op basis van bijbehorend postcodegebied), communicatie barrière en spreektaal. Een chi-kwadraattoets is gebruikt voor de dichotome variabelen en een ANOVA-toets is gebruikt voor de continue variabelen. Daarnaast zijn er een aantal beoordelingsschalen gemaakt. De betrouwbaarheid van deze schalen werd bepaald door het uitvoeren van een betrouwbaarheidstest. Data van onvolledig ingevulde vragenlijsten werden slechts meegenomen op de onderdelen waarvoor een score kon worden berekend. Uitschieters in de data van deze vragenlijsten werden verwijderd voor aanvang van de statistische analyses. Een significantieniveau van 0,05 werd gehanteerd.

4. Resultaten

4.1 Onderzoekspopulatie

Het aantal geïnccludeerde cliënten per groep is terug te vinden in Tabel 4. Er zijn geen statistische verschillen in de karakteristieken tussen de verschillende groepen gevonden. Voor plaats van bevalling en SES is een wegingsfactor (0,8-1,6) toegepast om de representativiteit bij te stellen.

Tabel 4. Aantal geïnccludeerde cliënten (percentage).

	KLIM	LIP
Basiszorg	372 (52%)	1957 (59%)
Specifieke zorg	347 (48%)	1337 (41%)
Totaal	719 (100%)	3284 (100%)

4.2 Omvang van de zorg

Geïndiceerde en geleverde uren

Het aantal **geïndiceerde kraamzorguren bij de intake** voor cliënten met basiszorg was lager met de KLIM dan met het LIP, zoals weergegeven in Tabel 5 (33,6 uur t.o.v. 45,1 uur). Voor cliënten met specifieke zorg was het aantal **geïndiceerde kraamzorguren bij de intake** hoger met de KLIM dan met het LIP (44,8 uur t.o.v. 40,8 uur). Het **aantal geleverde kraamzorguren** bij cliënten met basiszorg was lager met de KLIM dan met het LIP (37,7 uur t.o.v. 48,0 uur). Bij cliënten met specifieke zorg viel het **aantal geleverde kraamzorguren** ook lager uit met de KLIM dan met het LIP (39,3 uur t.o.v. 48,6 uur). Het **aantal geleverde zorgdagen** was met de KLIM in vergelijking met het LIP significant minder bij cliënten met basiszorg en significant meer bij cliënten met specifieke zorg. De **zorgduur per geleverde dag** was in de KLIM-groep significant minder bij cliënten met basiszorg en specifieke zorg dan in de LIP-groep.

Tabel 5. Gemiddelde omvang kraamzorg ± standaard deviatie.

	KLIM		LIP	
	Basis	Specifiek	Basis	Specifiek
Uren bij intake	33,6 ± 8,39 *	44,8 ± 8,20*	45,1 ± 7,78	40,8 ± 10,47
Uren geleverd	37,7 ± 2,25*	39,3 ± 2,86*	48,0 ± 2,29	48,6 ± 3,87
Dagen geleverd	6,7 ± 1,15*	7,4 ± 1,21*	7,5 ± 1,03	6,9 ± 1,36
Zorgduur per dag	5,9 ± 1,87*	5,5 ± 1,84*	6,6 ± 1,49	7,4 ± 2,62

*Significant verschil in vergelijking met de LIP-groep (P<0,05).

Omvang van de zorg volgens cliënt

Uit de vragenlijsten bleek dat KLIM-clieënten met basiszorg vaker vonden dat zij te weinig uren kraamzorg hadden ontvangen dan LIP-clieënten met basiszorg (respectievelijk 20% en 5%, P<0,05; Figuur 2). KLIM-clieënten die mantelzorg hadden, vonden de standaard 38 uur soms juist overbodig. In beide groepen was het percentage cliënten met specifieke zorg die vonden dat zij te weinig uren kraamzorg hadden gekregen laag (respectievelijk 6% en 7%).

Figuur 2. Ervaren omvang van zorg: was het aantal uren kraamzorg voldoende?



Omvang van de zorg volgens de kraamverzorgende

Uit interviews met kraamverzorgenden bleek dat zij de KLIM vonden bijdragen aan meer passende zorg, met meer flexibiliteit en minder uren. De zorgpakketten werden als dekkend ervaren. De standaard 38 uur zorg was meestal voldoende bij cliënten in zorgpakket 1 (basiszorg) en in geval van af- of bij-indiceren verliep instemming van de verloskundigen voorspoedig. De voornaamste redenen voor bij-indicatie waren suboptimale borstvoeding, groei van het kindje of conditie van de kraamvrouw. Een enkele keer werd het aantal uren naar beneden bijgesteld, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname.

4.3 Cliëntervaringen

Algemene cliëntervaring

Cliënten beoordeelden hun ervaring met de ontvangen kraamzorg in alle groepen over het algemeen goed (op een schaal van 1 t/m 10, zie Tabel 6). Het cijfer dat cliënten met basiszorg aan de kraamzorg gaven was significant iets hoger in de LIP-groep (8,8) dan in de KLIM-groep (8,3). Voor de ervaring met de intake was er geen verschil tussen de KLIM- en LIP-groep. Cliënten waren overwegend positief over het ontvangen van kraamzorg volgens de KLIM, met name over de ziekenhuisdagen die niet in mindering werden gebracht en de mogelijkheid zorg eerder te beëindigen dan gepland. Hoewel van het laatstgenoemde slechts enkele keren gebruik werd gemaakt, bezorgde de flexibiliteit hierin een gerust gevoel bij de cliënten.

Functioneren kraamverzorgende

In beide groepen beoordeelden cliënten het functioneren van de kraamverzorgende als tevreden tot zeer tevreden (Tabel 6). Cliënten met basiszorg in de KLIM-groep (3,7) scoorden het functioneren van de kraamverzorgende significant lager dan cliënten met basiszorg in de LIP-groep (3,9) (op een schaal van 1 t/m 5).

Ervaren mate van meebeslissen

Cliënten, in zowel de KLIM-groep als de LIP-groep en ongeacht zorgpakket, ervoeren een vergelijkbare mate van meebeslissen met de intaker en/of kraamverzorgende over de zorg (op een schaal van 1 t/m 5) (Tabel 6).

Tabel 6. Cliëntervaringen per groep (gemiddelde \pm standaard deviatie).

	KLIM		LIP	
	Basis	Specifiek	Basis	Specifiek
Algemeen intake	8,5 \pm 1,38	8,7 \pm 1,15	8,6 \pm 1,23	8,6 \pm 1,27
Algemeen kraamzorg	8,3 \pm 1,75*	8,9 \pm 1,19	8,8 \pm 1,35	8,7 \pm 1,38
Functioneren K	3,71 \pm 0,54*	3,84 \pm 0,28	3,87 \pm 0,23	3,85 \pm 0,25
Meebeslissen I	3,98 \pm 0,80	4,02 \pm 0,66	4,12 \pm 0,72	4,06 \pm 0,76
Meebeslissen K	4,08 \pm 0,77	4,17 \pm 0,90	4,21 \pm 0,86	4,28 \pm 0,77

*Significant verschil in vergelijking met de LIP-groep ($P < 0,05$).

K: kraamverzorgende, I: intaker

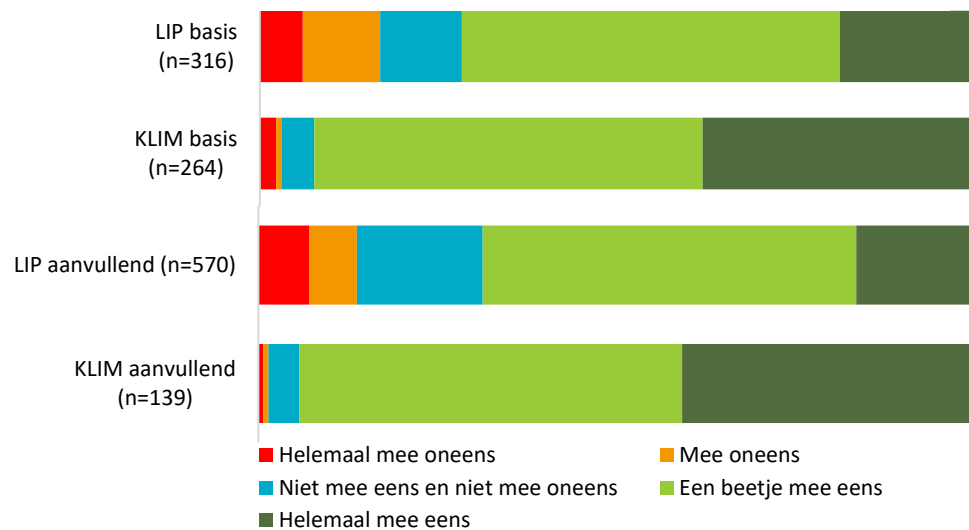
4.4 Medewerker ervaringen

Er vonden interviews plaats met kraamverzorgenden (n=7), intakers (n=2), planners (n=2) en teamleiders (n=2). Daarnaast vulden 54 kraamverzorgenden de vragenlijsten in (KLIM: n=32, LIP: n=22).

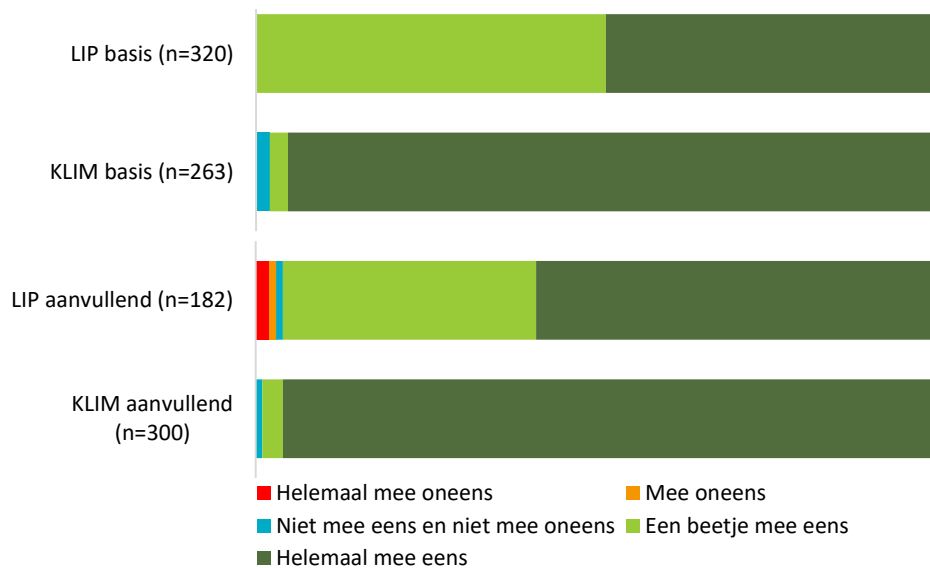
Werkwijze en implementatie KLIM

Op basis van de vragenlijsten ervoeren kraamverzorgenden geen verschil in de werkwijze tussen de KLIM en het LIP. Hoewel beide indicatiemethoden overwegend positief werden ervaren, uitten kraamverzorgenden dit explicieter bij de KLIM. Pluspunten van de KLIM waren onder andere de minimale kans op missen van belangrijke signalen bij de intake (Figuur 3) en een duidelijke verwachting van de kraamzorg voor de cliënt (Figuur 4). Dit was voor beide significant beter in de KLIM-groep dan in de LIP-groep.

Figuur 3. Door de vorm van de intake kon ik geen belangrijke signalen missen.



Figuur 4. Ik kon goed uitleggen wat ouders konden verwachten.



Gebruik en uitvoerbaarheid KLIM

De interviews leverden veel informatie op met betrekking tot de training en het werken met de KLIM in vergelijking tot het LIP. Over het algemeen was er voldoende personeel en uren beschikbaar om het werk met en volgens de KLIM goed uit te kunnen voeren. De belangrijkste positieve punten en aandachtspunten van de KLIM (volgens medewerkers) zijn weergegeven in Tabel 7. Kraamverzorgenden en teamleiders zagen een duidelijke meerwaarde in de KLIM in vergelijking met het LIP.

'Jammer om na de pilot weer terug te gaan naar het 'oude' systeem, want de KLIM sluit beter aan bij de tijd van nu.' [kraamverzorgende]

Werken met de GIZ (kraamverzorgenden)

Bij de intake en tijdens de kraamperiode maakte 73% van de intakers en kraamverzorgenden gebruik van de GIZ-driehoek; de GIZ-matrix werd helemaal niet gebruikt. De GIZ-praatplaten werden soms als geforceerd en onpraktisch hulpmiddel ervaren, en daarmee niet als vereiste gezien voor een goede indicering van zorg. Eén geïnterviewde kraamverzorgende werkte consistent met de GIZ-praatplaten en vond het een verrijking, omdat ouders meer met elkaar het gesprek aangingen en vervolgden.

Tabel 7. Positieve punten en aandachtspunten voor de KLIM- training en -praktijk, volgens intakers (I), planners (P), kraamverzorgenden (K) en teamleiders (T).

KLIM-training
Positieve punten
<ul style="list-style-type: none"> • Training geeft voldoende informatie en handvatten (K). • Stappen en procedures duidelijk (K). • Werkinhoudelijk aantrekkelijker; meer waarde op functie (I). • Gelijktijdig trainen met collega's biedt overlegruimte (I).
Aandachtspunten
<ul style="list-style-type: none"> • Passend tijdsbestek tussen training en start pilot (K). • Helderheid t.a.v. registreren voortgang zorgdoelen (K). • Meer uitleg registreren in ICT-systeem (K).
KLIM in de praktijk
Positieve punten
<ul style="list-style-type: none"> • Heldere verwachtingen over de kraamperiode (K). • Meer verantwoordelijkheid in indicatiestelling en af-/bij-indiceren (K). • Gezin heeft na ziekenhuisopname recht op 7 dagen kraamzorg (K). • Op voorhand van de kraamperiode meer informatie over cliënt; geeft (intaker) kans op eerder signaleren (ernstige) situaties (I). • Meer speelruimte voor leveren zorg in kwetsbare situaties (T).
Aandachtspunten
<ul style="list-style-type: none"> • Sommige vooropgestelde GIZ-vragen aan de cliënt zijn te vanzelfsprekend (I). • Hoe procedureel omgaan met gevoelige vragen in onveilige thuissituatie (I). • Minder spelingsvrijheid bij indelen uren ten gevolge van vastgesteld urenformat (K). • Met name bij een groot contract een goede/gezonde (maand)verdeling van contracturen in verband met kortere werkdagen (K). • Reader met informatie over zorgpakketten en uitzonderingen niet toereikend genoeg (T). • Gelijktijdig werken met twee ICT-systemen logistiek uitdagend (P). • Tijdsbestek tussen invoering, uitvoering en voortgang KLIM groot (K, I, P).

Samenwerking met andere zorgverleners

De respons van verloskundigen op de vragenlijsten (n=21) en interviews (n=2) toonde een wisselend beeld (Tabel 8). De meerderheid was het eens met de gestelde indicatie voor cliënten die deelnamen aan de pilot. Indien verloskundigen dachten dat een cliënt te weinig uren zorg ontving, had dit veelal te maken met onderschatting van de zorgbehoefte. Verloskundigen hadden geen bezwaar tegen de verplaatsing van verantwoordelijkheid (van verloskundigen naar kraamverzorgenden) voor de indicatiestelling. JGZ-clusteraanvoerders (n=2) gaven aan dat zij zich tijdens de pilot beperkt bezig hielden met de praktische uitvoering van de kraamzorg en de KLIM.

Tabel 8. Positieve en aandachtspunten voor de KLIM-pilot en -praktijk, volgens verloskundigen (VK) en JGZ-clusteraanvoerders (JGZ).

KLIM-pilot
Aandachtspunten
<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende bekend met doel, ontwikkeling en werkwijze KLIM en de mogelijke consequenties voor verloskundigen (VK). • Pilot heeft nauwelijks geleefd onder verloskundigen, mede door matige inhoudelijke toelichting kraamverzorgende (VK). • Achterstand op stand van zaken, door matig frequente communicatie (JGZ).
KLIM in de praktijk
Positieve punten KLIM
<ul style="list-style-type: none"> • Meer passende zorg op de juiste plek (VK). • Gezin heeft na ziekenhuisopname recht op zeven dagen kraamzorg (VK).
Aandachtspunten KLIM
<ul style="list-style-type: none"> • Matig inzicht in aantal ingezette uren, mede door matige communicatie met kraamverzorgende (VK) • Matig inzicht in proces toewijzing of verandering van zorgpakket (VK). • Weinig ruimte voor bij-indicatie, mede door capaciteitsproblematiek (VK). • Indiceren blijft een probleem zolang de eigen bijdrage van kracht is (VK). • Digitale overdracht tussen kraamverzorgenden en JGZ (JGZ).

4.5 Gezondheidsuitkomsten

Mate van empowerment van cliënt

In beide groepen scoorden cliënten, ongeacht het zorgpakket, hun ervaren empowerment over het algemeen hoog, namelijk meer dan 3,5 (op een schaal van 1=nooit t/m 4=altijd). Cliënten met basiszorg scoorden wel significant lager op 'het vertrouwen om voor jezelf te zorgen' in de KLIM-groep ($3,65 \pm 0,49$) dan in de LIP-groep ($3,73 \pm 0,32$; $P=0,038$). Ook scoorden cliënten met basiszorg significant lager op 'het vertrouwen om voor je baby te zorgen' in de KLIM-groep ($3,74 \pm 0,37$) dan in de LIP-groep ($3,81 \pm 0,21$; $P=0,015$).

Ervaren gezondheid van cliënt bij afsluiten zorg

De meest gerapporteerde gezondheidsproblemen hadden betrekking op pijn/ongemak en dagelijkse activiteiten. Scores waren vergelijkbaar voor de cliënten in de KLIM- en LIP-groepen, ongeacht zorgpakket.

Ervaringen en vertrouwen rondom borstvoeding

Alhoewel 'het vertrouwen in het geven van borstvoeding' in beide groepen hoog was (meer dan 4 op een schaal van 1 t/m 5), was dit voor cliënten met basiszorg significant lager in de KLIM-groep ($4,12 \pm 0,94$) dan in de LIP-groep ($4,36 \pm 0,73$; $P=0,019$). Dit verschil gold ook voor cliënten met specifieke zorg (KLIM-groep: $3,82 \pm 0,95$, LIP-groep: $4,16 \pm 0,84$; $P=0,003$).

Geslaagde borstvoeding (kraamzorgindicator)

Het percentage cliënten dat bij aanvang én afsluiting van de kraamzorg borstvoeding gaf, was vergelijkbaar voor alle groepen (Tabel 9).

Tabel 9. Geslaagde borstvoeding (n=totaal in groep).

	KLIM	LIP	Totaal (gemiddelde)
Basis	86,4% (n=213)	88,0% (n=927)	87,7% (n=1140)
Specifiek	79,1% (n=201)	83,5% (n=782)	82,6% (n=983)
Totaal (gemiddelde)	82,9% (n=414)	85,9% (n=1709)	

4.6 Indicatieve kostprijs KLIM vs. LIP

Het betreft een indicatie van de kosten; nadrukkelijk géén uitgebreide kostprijsberekening of financiële impactanalyse en daarmee géén basis voor eventuele pakketbekostiging. Acceptabele kosten worden gedefinieerd als (meer)kosten die in verhouding staan tot de toegevoegde waarde van de KLIM (uitgedrukt in termen van kwalitatief goede zorg, waaronder de andere uitkomstmaten uit Tabel 2).

De tijd die intakers kwijt waren aan administratie verschilde tussen het gebruik van de KLIM of het LIP. De meeste intakers gaven aan '5 tot 10 minuten' tijd te besteden aan administratie tijdens de intake met de KLIM, ongeacht het zorgpakket van de cliënt. Dit varieerden bij het LIP van 'minder dan 5 minuten' tot 'meer dan 15 minuten'. Na afloop van de intake bedroeg de administratie met de KLIM bij ongeveer de helft van de intakers 'minder dan 5 minuten' en bij de andere helft '11 tot 15 minuten'; bij het LIP bedroeg dit bij tweederde van de intakers 'minder dan 5 minuten'.

Voor de **gemiddelde kostprijsberekening** op jaarbasis is uitsluitend gerekend met het aantal geleverde uren kraamzorg, waarbij de intake tijd buiten beschouwing is gelaten. De indicatieve kosten met de KLIM waren lager voor zowel cliënten met basiszorg als cliënten met specifieke zorg, in vergelijking tot de kosten met het LIP (Tabel 10).

Tabel 10. Indicatieve kostprijs KLIM vs. LIP (bedragen x 1 miljoen).

KLIM		LIP		Δ LIP-KLIM	
Basis	Specifiek	Basis	Specifiek	Basis	Specifiek
€347	€361	€441	€447	€95	€86

5. Discussie

Het geheel aan opbrengsten van de pilot, zoals beschreven in dit rapport, geeft een indicatie van de mogelijkheden van de KLIM als toekomstig alternatief voor het LIP, met als doel passende kraamzorg voor iedere cliënt. De ontwikkeling van een nieuwe landelijke indicatiemethodiek voor de kraamzorg, gaat echter niet over één nacht ijs. Het (kraam)zorglandschap is in beweging, wat dit proces bemoeilijkt. De totstandkoming van de KLIM en de exploratieve studie liepen parallel aan veranderingen in de zorg en maatschappij zoals capaciteitsproblematiek, digitale kraamzorg en geboorteverlof. Met andere woorden: de KLIM is door de tijd ingehaald. De verdere ontwikkeling van de KLIM als indicatiemethodiek zal moeten inspelen op deze veranderingen om passende zorg te kunnen realiseren.

Bevindingen

Dit eindrapport laat zien dat de KLIM diverse kansen voor cliënten én kraamverzorgenden, wat betreft passende kraamzorg, kan bieden. De herverdeling van zorguren volgens de KLIM (i.e. minder bij basiszorg, meer bij specifieke zorg) impliceert een efficiëntere toewijzing van zorg naar gezinnen die kraamzorg het meest nodig hebben. De zorgduur per dag was lager bij cliënten met basiszorg en ook bij cliënten met specifieke zorg. Dit resulteerde in minder uren kraamzorg verspreid over méér dagen, in vergelijking tot het LIP. Een langere zorgperiode biedt meer kans op het detecteren van en het inspelen op (nieuwe) zorgbehoeften, gezien kritische observaties zich ook later voor kunnen doen (De Groot et al., 2018).

Over het algemeen waren cliënten positief over het ontvangen van kraamzorg volgens de KLIM, met name de mogelijkheid om langer kraamzorg na een ziekenhuisopname te kunnen ontvangen. Dit is in lijn met eerder onderzoek naar meer flexibiliteit in het plannen van kraamzorg (Lambermon et al., 2020 en 2021, Vermolen et al., 2020). Net zoals bij de KLIM waren kraamverzorgenden en kraamvrouwen in deze onderzoeken zeer enthousiast over de mogelijkheid tot een langere zorgperiode. Hierdoor kon de zorg beter aansluiten op de zorgbehoefte van het gezin.

Opvallend was dat cliënten met basiszorg in de KLIM-groep vaker vonden dat het aantal uur geleverde zorg te weinig was. Ook scoorden zij iets lager op hun algemene cliëntervaring, alhoewel dit nog steeds hoog was (8,3). Dit kan te maken met het Hawthorne-effect; cliënten zijn zich bewust dat zij meedoen met een interventie, wat invloed kan hebben op hun ervaring. De intake werd daarentegen door alle groepen op hetzelfde niveau ervaren. Eerder onderzoek liet juist zien dat cliënten een intake mét de GIZ-methodiek, in plaats van zonder, juist als prettiger ervoeren (Rijnders et al., 2021). Voor de overige uitkomstmaten, wat betreft omvang van zorg en cliëntervaringen, waren er geen grote verschillen tussen de groepen.

Wat betreft de ervaringen van medewerkers, kan er gesteld worden dat kraamverzorgenden positief waren over de KLIM, maar dat er tegelijkertijd ook ruimte voor verbetering is. Kraamverzorgenden waardeerden de verantwoordelijkheid in de indicatiestelling en de mogelijkheid tot meer persoonlijke afstemming met de cliënt. Er werd echter wisselend gedacht over de GIZ-methodiek tijdens de kraamperiode en ook het methodisch werken behoeft aandacht. Eerder onderzoek naar de GIZ-methodiek laat zien dat de gebruikservaring samenhangt met de mate van training voorafgaand (Rijnders et al., 2021). Niet alleen optimale training, maar ook begeleiding bij een toekomstige implementatie van de GIZ-methodiek is cruciaal voor de juiste uitvoering in de praktijk. Verder uitten verloskundigen wisselende reacties over de KLIM. Bij de doorontwikkeling is het noodzakelijk dat verloskundigen nauw betrokken blijven om inbedding van een nieuwe indicatiemethodiek in de hele geboortezorg te garanderen.

Er werd geen verschil gevonden voor de kwaliteitsindicator 'geslaagde borstvoeding' tussen de groepen. Wel dient de kanttekening gemaakt te worden dat cliënten in de KLIM-groep iets lager scoorden op het vertrouwen in het geven van borstvoeding én het vertrouwen om voor zichzelf te zorgen. Alhoewel beide scores alsnog vrij hoog zijn, verdient dit wel aandacht bij de doorontwikkeling van de KLIM. In eerder onderzoek naar flexibele kraamzorg, waarbij er ook minder uren kraamzorg per dag

werd ontvangen, scoorden cliënten lager op de borstvoedingsduur bij vier weken (Lambermon et al., 2024). Dit vraagt om onderzoek naar de relatie tussen het aantal kraamzorguren per dag en het vertrouwen en/of duur van borstvoeding. Ook is er behoefte aan meer onderzoek naar de omvang, inhoud en kosten van partusassistentie, wat in deze exploratieve studie buiten beschouwing is gelaten. Uit een eerdere trial is bekend dat continue begeleiding van de barende door een kraamverzorgende leidt tot gunstige gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind (Chaibekava et al., 2023).

Gezien de indicatieve lagere kostprijs van de KLIM, is de verwachting dat de KLIM realiseerbaar is tegen acceptabele kosten. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat momenteel wordt onderzocht wat de passende kraamzorgtarieven vanaf 2026 zijn. Voor de financiële impact van de KLIM op grootschalig niveau, is daarnaast ook meer onderzoek nodig (inclusief additionele kosten zoals transitie- en structurele kosten) om ervoor te zorgen dat kraamzorgorganisaties financieel gezond kunnen functioneren.

Extrapolatie en interpretatie

Het ontwerp en uitvoering van een studie bepaalt in hoeverre er aan de bevindingen conclusies en aanbevelingen kunnen worden verbonden. De KLIM-pilot kent een aantal aandachtspunten die van belang zijn:

- De pilot vond plaats in één regio, binnen één kraamzorgorganisatie – dit is beperkt representatief voor de sterke regionale verschillen;
- Capaciteitsproblematiek nam toe gedurende de looptijd van de pilot – wat mogelijk effect heeft gehad op de geleverde uren;
- Interventie is niet altijd in zijn totaliteit toegepast – wat o.a. conclusies over de GIZ-methodiek tijdens de kraamperiode bemoeilijkt;
- Respons op vragenlijsten en interviews was incompleet – waardoor data-analyse (op statistische significantie) beperkt mogelijk was;
- Datakwaliteit was suboptimaal – wat mogelijk tot scheve verdeling in groepen basis- of specifieke zorg heeft geleid.

Daarbij hebben de eerder genoemde veranderingen in de zorg en maatschappij (i.e. capaciteitsproblematiek, digitale kraamzorg en geboorteverlof) direct effect op de omvang en inhoud van kraamzorg, wat niet in deze huidige exploratieve studie is meegenomen en onderzocht.

Conclusie

De KLIM, zoals ontwikkeld en getoetst in de exploratieve studie, bevat veelbelovende aspecten om bij te dragen aan de actualisatie van het huidige indicatieprotocol van de kraamzorg, met als doel passende kraamzorg. Tegelijkertijd kan er niet voorbij gegaan worden aan de aandachtspunten van de pilot bij de interpretatie van de bevindingen en daaropvolgende conclusies. Echter, de behoefte aan een nieuwe indicatiemethodiek in de kraamzorg blijft sterk aanwezig in de sector en daarbuiten; maatschappelijke en zorginhoudelijke veranderingen (i.e. personeelstekorten en complexere zorgvragen) vragen om structurele aanpassingen in de kraamzorg om toekomstbestendig te zijn en te blijven. Gezien de breed gedragen filosofie van passende kraamzorg achter de KLIM en eerdere positieve resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de GIZ-methodiek en zorgpakketten in de kraamzorg, zal de KLIM daarom een doorontwikkeling kennen. De belangrijkste verbetering lijkt te liggen in de actualisatie van de zorgpakketten qua omvang (inspelend op maatschappelijke ontwikkelingen zoals digitale kraamzorg). De doorontwikkeling en implementatie van de KLIM zal daarom stapsgewijs plaatsvinden waarbij ruimte is voor bijsturing om optimale aansluiting met de praktijk te garanderen. Een eerste stap hierin is het verder duiden en concretiseren van de bevindingen van dit eindrapport in een breder gezelschap van ketenpartners en meerdere gremia van zorgorganisaties.

6. KLIM-koers

6.1 Randvoorwaarden en aanbevelingen

Voor een optimale doorontwikkeling van de KLIM en toekomstige implementatie, is het realiseren van een aantal (brede) randvoorwaarden ten behoeve van passende kraamzorg en (specifieke) aanbevelingen ter verbetering van de KLIM noodzakelijk. Deze randvoorwaarden en aanbevelingen zijn opgesteld in samenspraak met de project- en klankbordgroep en terug te vinden in Bijlage 2 en 3. Om totale inbedding binnen de kraamzorgsector te garanderen, zijn de randvoorwaarden ook geïntegreerd in de Gezamenlijke visie Toekomstbestendige kraamzorg ZIN & Bo Geboortezorg (2024). De uitwerking en realisatie van deze randvoorwaarden en aanbevelingen zijn momenteel gaande en lopen parallel aan de doorontwikkeling van de KLIM als nieuwe indicatiemethodiek. Als centrale speler in de kraamzorg houdt Bo Geboortezorg nauw contact met betrokken en samenwerkende (keten)partners om continue afstemming te waarborgen.

6.2 Vervolg

Het zorglandschap verandert en de (kraam)zorg staat onder druk; een transitie naar passende kraamzorg is noodzakelijk voor een toekomstbestendige sector. Een nieuwe landelijke indicatiemethodiek is hier onderdeel van. Het project Indiceren in de kraamzorg, waar de KLIM-pilot toe behoort, krijgt daarom een vervolg. Met aandacht voor de hiervoor genoemde randvoorwaarden en aanbevelingen, alsmede de aandachtspunten uit de KLIM-pilot, zal de KLIM doorontwikkeld worden als toekomstige landelijke indicatiemethodiek, ter vervanging van het huidige LIP. Met de kennis van nu zal deze doorontwikkeling nauw gemonitord worden zodat, indien nodig, tijdig bijgestuurd kan worden.

De stip aan de horizon is een landelijke implementatie van de KLIM, die stapsgewijs zal plaatsvinden. Een gefaseerde implementatie zorgt ervoor dat er meer ruimte wordt gecreëerd voor het inbedden van de methodieken in de bedrijfsvoering van kraamzorgorganisaties en een

zachte landing bij kraamverzorgenden (en samenwerkende zorgverleners). Een uitgebreide beschrijving is te vinden in het Vervolgplan Indiceren in de kraamzorg (2024). De doorontwikkeling ziet er globaal als volgt uit:

- Fase 0 Cultuuromslag
- Fase 1 Voorbereidingen
- Fase 2 GIZ tijdens de intake
- Fase 3 Methodisch werken aan de hand van zorgdoelen
- Fase 4a Mogelijk onderzoek: Zorgpakketten
- Fase 4b Landelijk: Zorgpakketten
- Fase 5a Mogelijk onderzoek: GIZ tijdens de kraamperiode
- Fase 5b Landelijk: GIZ tijdens de kraamperiode

Het streven is om in 2025 te starten met dit vervolgtraject in een brede regio met meerdere kraamzorgorganisaties (voorloperorganisaties), waarbij tussentijdse intervisie en het borgen van datakwaliteit van belang is. De uitkomsten van implementatie van de KLIM worden beoordeeld aan de hand van een vooraf vastgestelde norm (i.e. indicatoren). Aangezien er hoogstwaarschijnlijk sprake blijft van capaciteitsproblematiek, zal de capaciteit goed worden gemonitord om hierop in te kunnen spelen.

6.3 Gezamenlijke visie en versnellingsagenda

De doorontwikkeling van de KLIM en de implementatie ervan zijn onlosmakelijk verbonden aan de Gezamenlijke visie Toekomstbestendige kraamzorg en de bijbehorende versnellingsagenda van ZN & Bo Geboortezorg (2024). Deze visie bestaat uit 5 onderdelen: waardegedreven zorg, samen met en rondom de client, focus op gezondheid in plaats van ziekte, een goede werkomgeving en de juiste zorg op de juiste plek. De doorontwikkeling van de KLIM zal continu worden afgestemd met de projecten die onderdeel uitmaken van deze visie en versnellingsagenda.

7. Afronding en dankwoord

Afronding

Met dit eindrapport wordt het project Indiceren in de kraamzorg afgerond en wordt koers gezet naar passende kraamzorg voor alle kraamvrouwen en pasgeborenen in Nederland. De transitie naar een nieuwe indicatiemethodiek heeft een enorme omvang, omdat het een cultuuromslag betreft – het vraagt om aanpassingen in bedrijfssystemen en een nieuwe manier van werken van kraamverzorgenden. Daarom is er naast dit eindrapport een communicatie- en vervolgplan opgesteld om de transitie naar passende kraamzorg, door middel van een nieuwe indicatiemethodiek, voor te bereiden. Zoals al eerder benoemd staat de doorontwikkeling en implementatie van de KLIM in nauw verband met de Gezamenlijke visie Toekomstbestendige kraamzorg ZN & Bo Geboortezorg (2024). Ook is er een Kader Doelen Kraamzorg (KDK) opgesteld om eenduidig en inzichtelijk te maken wat kraamzorg inhoudt en beoogt. Bij de doorontwikkeling van de KLIM behoeft dit kader meer uitwerking, o.a. over de activiteiten van de kraamzorg die voortvloeien uit de subdoelen. Voor een toekomstbestendige KLIM is ook de Governance uitgewerkt. Al deze documenten worden samen met dit eindrapport opgeleverd.

Dankwoord

Dit eindrapport is tot stand gekomen met behulp van een groot aantal zeer bevlogen professionals op allerlei gebieden. Bo Geboortezorg bedankt hen allen zeer voor hun meedenken, meewerken en mee vormgeven. In het bijzonder worden alle medewerkers van KraamZus bedankt voor hun deelname aan de pilot, zonder wiens inzet dit onderzoek niet mogelijk was geweest. Daarnaast veel dank aan alle deelnemers van de projectgroep en klankbordgroep voor hun onuitputtelijke inzet om dit project tot een goed einde te brengen. Als laatste dank aan de onderzoekers en meelezers die ons op veel verschillende momenten hebben ondersteund in de uitvoering van het onderzoek en het uitwerken van dit eindrapport.

8. Afkortingen

ERKEN	Evaluatie Risicosignalering Kraamzorg en Nazorg
GIZ	Gezamenlijk Inschatten van de Zorgbehoeften
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KDK	Kader Doelen Kraamzorg
KLIM	Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek
KoM	Kraamzorg op Maat
LIP	Landelijke Indicatie Protocol
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
PDCA-cyclus	Plan-Do-Check-Act cyclus
SES	Sociaal Economische Status
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIN	Zorginstituut Nederland

9. Literatuurlijst

Chaibekava, K. V., Scheenen, A. J., Lettink, A., Smits, L. J., Langenveld, J., Van De Laar, R., ... & Scheepers, H. C. (2023). Continuous care during labor by maternity care assistants in the Netherlands vs. care-as-usual: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(11), 101168.

De Groot N, Birnie E, Vermolen J, Dorscheidt J, Bonsel G. (2018). The prevalence of adverse postnatal outcomes for mother and infant in the Netherlands. *PLoS ONE*, 13(9), e0202960.

Lambermon, F. J., van Duijnhoven, N. T., Braat, D. D., Kremer, J. A., & Dedding, C. W. (2020). The unintended consequences of client-centred flexible planning in home-based postpartum care: a shift in care workers' tasks and responsibilities. *Midwifery*, 88, 102737.

Lambermon, F. J., van Duijnhoven, N. T., Kremer, J. A., & Dedding, C. W. (2021). Mothers' experiences of client-centred flexible planning in home-based postpartum care: A promising tool to meet their diverse and dynamic needs. *Midwifery*, 102, 103068.

Lambermon, F. J., van Duijnhoven, N. T., Dedding, C., & Kremer, J. A. (2024). Client-centered flexible planning of home-based postpartum care: A randomized controlled trial on the quality of care. *Birth*. 51(3), 649-658. doi: 10.1111/birt.12824.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *Prestatie- en tariefbeschikking kraamzorg TB/REG-24608-02*. Geraadpleegd op 17 juni 2024, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755320_22/

Patiëntenfederatie Nederland. (2020). *Rapport Samen Beslissen*. Afdeling Kwaliteit. Geraadpleegd op 12 juli 2021,

<https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/200-rapport-samen-beslissen/file>

Rijnders M., Vink R., & Bontje, M. (2021). *Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg*. TNO, Leiden.

Schippers, E.I. (2015). *Aanbieding en reactie rapport Zorginstituut Nederland over kraamzorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Geraadpleegd op 25 juni 2024, https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2015Z08367&did=2015D17023

Vermolen J.H., Scheerhagen M., Bolte C., Bonsel G.J., & Birnie E. (2020). *Kraamzorg Op Maat. De nieuwe manier van indiceren?! Eindrapport wetenschappelijk onderzoek (de KoM-studie) naar effectiviteit en implementeerbaarheid van een uitkomst-gebaseerd kraamzorg-indicatiesysteem*. Naviva Kraamzorg, Kraamzorg de Waarden, Utrecht.

Vilans, Trimbos Instituut, ZonMw, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland & Calibris. (2014). *Methodisch werken met zorgleefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan*. Geraadpleegd op 25 juni 2024, https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/Onderwijs/lesmateriaal/Methodisch_werken_met_zorgleefplan.pdf

ZIN. (2015). *Pakketadvies kraamzorg - Verzekerd van een goed begin?* Geraadpleegd op 25 juni 2024, <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/03/24/pakketadvies-kraamzorg---verzekerd-van-een-goed-begin>

ZIN & Bo Geboortezorg. (2024). *Gezamenlijke visie toekomstbestendige kraamzorg ZN & Bo Geboortezorg*. [Interne publicatie]

Bijlage 1. Tarief kraamzorg

De maximumtarieven die door zorgaanbieders die kraamzorg bieden als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet in rekening kunnen worden gebracht voor prestaties met ingang van 1 januari 2024.

Prestaties	Maximumtarief
Per uur kraamzorg	€ 63,25
Assistentie van kraamzorg bij de bevalling, per uur	€ 63,25
Per inschrijving	€ 15,89
Per intake:	
- of bij de cliënt thuis	€ 107,25
- of op afstand	€ 45,24
Assistentie van kraamzorg bij de bevalling, per assistentie	€ 74,14
Tijdelijke toeslag inzet tolk per 15 minuten	€ 26,79
Toeslag integrale geboortezorg binnen de kraamzorg	10% over de maximum tarieven van de kraamzorgprestaties
Onderlinge dienstverlening	maximum tarief

(Nederlandse Zorgautoriteit, 2024)

Bijlage 2. Randvoorwaarden passende kraamzorg (inclusief KLIM)

Kraamzorg professionaliseren

Een kraamverzorgende kan zich onderscheiden door middel van functiedifferentiatie en specialisatie. Iedere kraamverzorgende is KCKZ-geregistreerd en beschikt over de competenties uit het herziene beroepscompetentieprofiel om kwaliteit te waarborgen. Kraamverzorgenden volgen voldoende en regelmatige bij- en nascholing om bevoegd en bekwaam te blijven. Zij hebben scholing gevolgd voor het werken met de KLIM, die bestaat uit de volgende onderdelen: GIZ tijdens de intake, methodisch werken, zorgpakketten en GIZ tijdens de kraamperiode.

Kraamzorg digitaliseren (registratie)

De kraamzorg digitaliseert en kraamverzorgenden worden begeleid middels scholing, om de KLIM breed toepasbaar en werkbaar te maken. Registratie in het zorgdossier is bij voorkeur digitaal om de uitwisseling met andere zorgverleners te vergemakkelijken. Het softwarepakket draagt bij aan automatisering en ondersteunt de kraamverzorgende bij het uitvoeren van de KLIM.

Zorgdossier

De kraamzorgorganisatie maakt de noodzakelijke registratie mogelijk binnen het zorgdossier. Zowel de cliënt als de zorgverleners kunnen het kraamzorgdossier (online) inzien. De KLIM wordt ondersteund door dit zorgdossier.

Doelen kraamzorg breed gedeeld

Alle betrokkenen in de kraamperiode zijn bekend met het KDK en de cliënt specifieke doelen. Hierdoor zijn de samenwerkingspartners zich bewust van de belangrijke verbindende rol die kraamzorg inneemt, ook in het sociale domein.

Vastgestelde protocollen en richtlijnen

Bij het Kader Doelen Kraamzorg (KDK) horen verschillende activiteiten, die door de kraamverzorgenden uitgevoerd worden aan de hand van protocollen, richtlijnen en werkinstructies van het KCKZ aangevuld met specifieke afspraken die in VSV- en KSV-verband zijn gemaakt. De afspraken zijn in lijn, voor zover noodzakelijk, met de protocollen en richtlijnen van andere zorgverleners in de geboortezorg.

Geïntegreerde intake en overdracht

De intake vindt plaats volgens de KLIM en de gemaakte regionale afspraken over de geïntegreerde intake. De kraamverzorgende beschikt over een sociale kaart en kan daarmee (indien nodig) acties uitzetten. De informatie die landelijk is afgesproken conform de overdrachtsafspraken komt na de kraamperiode met toestemming van de cliënt beschikbaar voor de overdracht naar medische en sociale ketenpartners, dit in het kader van continuïteit van zorg.

Aansluitende indicatoren en normen

Met de zorgdoelen van de kraamzorg worden bepaalde zorguitkomsten beoogd. De subdoelen worden meetbaar gemaakt door normen en indicatoren vast te stellen per subdoel. Op basis van de gemeten uitkomsten worden conform de PDCA- cyclus (Plan-Do-Check-Act) benodigde wijzigingen doorgevoerd.

Monitoren van uitkomsten

Het KDK is de basis voor het definiëren van indicatoren waarmee uitkomsten op verschillende niveaus systematisch en continu gemonitord kunnen worden. Deze uitkomsten vormen de basis voor verbetercycli, verantwoording en publieke transparantie. Een volgende stap is het bepalen van normen bij deze doelen en het inrichten van een benchmark.

Bijlage 3. Aanbevelingen doorontwikkeling KLIM

Aanpassingen KLIM

Er worden aanpassingen gedaan zodat de KLIM beter aansluit bij de huidige ontwikkelingen in het (kraam)zorglandschap, zoals digitale zorg. De GIZ is breed inzetbaar in de kraamzorg, methodisch werken is breed geïmplementeerd en zorgpakketten sluiten aan bij de huidige behoeften en middelen.

Flexibele(re) inzet van kraamzorg

Een mogelijkheid om zorg nog passender te kunnen leveren is de flexibele inzet van kraamzorg die niet aansluitend hoeft te zijn (i.e. in opeenvolgende dagen).

Beschikbaarheid van voldoende en betrouwbare gegevens

De indeling van de cliënt in het juiste zorgpakket wordt gebaseerd op vastgestelde objectieve criteria. Om deze criteria te kunnen beoordelen moeten de intaker en kraamverzorgende over een aantal gegevens beschikken die zo veel mogelijk voorafgaand aan de intake worden verzameld door de verloskundige of andere zorgverleners. Deze reeds verzamelde gegevens dienen daarmee als basis voor de te verlenen zorg en begeleiding.

Informatieverstrekking aan client

Cliënten krijgen tijdig informatie over de werkwijze van de kraamzorg en ontvangen daarbij een cliëntenversie van het Kader Doelen Kraamzorg (KDK). Daarom is het van belang dat ouders na afloop van de kraamperiode weten bij welke instanties zij terecht kunnen met vragen of (wanneer nodig) worden doorverwezen naar andere hulpverlening, indien doelen niet zijn afgerond.

Afschaffen eigen bijdrage (wet en regelgeving)

Het afschaffen van de eigen bijdrage is zeer wenselijk, aangezien deze het leveren van passende kraamzorg ernstig in de weg kan staan.

Communicatie inzetten

Communicatie over het doel, de werkwijze, de voortgang en uitkomsten van de (doorontwikkeling van de) KLIM wordt breder en vaker ingezet. Cliënten, medewerkers van kraamzorgorganisaties (inclusief management) en andere relevante beroepsgroepen in de geboortezorg (specifiek verloskundigen en de JGZ) worden beter begeleid en meegenomen.

Verwachtingsmanagement

Verwachtingsmanagement en transparantie over de kraamzorg naar cliënten toe is essentieel voor het draagvlak, in verband met mogelijke verwachtingen die de kraamzorg niet kan/hoort na te komen. Cliënten worden van tevoren goed op de hoogte gebracht van de rol en verantwoordelijkheden van een kraamverzorgende om misverstanden te voorkomen.

Pakketbekostiging

De huidige financiering van de reguliere kraamzorg heeft een zogenaamde 'perverse prikkel'; namelijk méér uren levert méér op, ongeacht de werkelijke zorgbehoefte van de kraamvrouw. De bekostiging moet passen bij de gedifferentieerde kraamzorg, gebaseerd op de KLIM.

Digitale kraamzorg (leveren van zorg)

Digitale zorg kan worden ingezet om kraamzorg in de toekomst efficiënter en effectiever in te richten, zonder afbreuk te doen aan persoonlijke zorg. Er wordt gebruik gemaakt van een hybride model waarin digitale zorg de fysieke zorg ondersteunt. De inzet van digitale kraamzorg moet aansluiten bij de KLIM en dus bij de individuele zorgvraag en -behoefte.