

TNO PUBLIEK

Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

TNO-rapport

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00

Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg

Datum	8 februari 2021
Auteur(s)	Marlies Rijnders Remy Vink Marjanne Bontje
Exemplaarnummer	
Oplage	
Aantal pagina's	46 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnaam	
Projectnummer	

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2021 TNO

TNO PUBLIEK

Met bijzondere dank aan Geesje Fokkens

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Probleemstelling	4
1.2	Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ)	5
1.3	Doel- en vraagstelling	6
2	Methode	7
2.1	Onderzoeksopzet	7
2.2	Voormeting: controle-conditie (care as usual)	7
2.3	Nameting: experimentele conditie	7
2.4	Ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg	7
2.5	Variabelen en meetinstrumenten	8
2.6	Procedure dataverzameling	9
2.7	Analyse kwantitatieve gegevens	9
2.8	Analyse kwalitatieve gegevens	10
3	Ontwikkeling GIZ Kraamzorg en training	11
3.1	Ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg	11
3.2	Training en proefimplementatie	12
4	Resultaten kwantitatief	14
4.1	Respons	14
4.2	Basiskarakteristieken onderzoekspopulatie	15
4.3	Nameting	17
4.4	Voormeting vergeleken met nameting	17
5	Resultaten kwalitatief	25
5.1	Hoe is er in de praktijk gewerkt met de GIZ Kraamzorg?	25
5.2	Wat zijn de ervaringen van de intakers?	26
5.3	Wat zijn de ervaringen van de kraamverzorgenden?	28
5.4	Wat vonden cliënten van de GIZ-Kraamzorg (volgens intakers)?	28
5.5	Wat vonden leidinggevenden van de GIZ-Kraamzorg?	29
6	Discussie, conclusie, aanbevelingen	32
6.1	Bevindingen samengevat	32
6.2	Beperkingen van het onderzoek	33
6.3	Conclusie	34
6.4	Aanbevelingen	35
7	Referenties	36
	Bijlage A Voormeting	37
	Bijlage B Nameting	45

1 Inleiding

In dit ZonMw-project is van 2017 tot 2020, door TNO en de GGD Hollands Midden in samenwerking met kraamzorgorganisaties, de GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften) doorontwikkeld voor de kraamzorg en onderzocht.

1.1 Probleemstelling

In Nederland ontvangt 95% van de zwangeren kraamzorg. Dit percentage blijft door de jaren redelijk stabiel maar het aantal kraamzorg-uren per dag is wel afgenomen (CBS, 2013). In achterstandswijken ligt dit percentage een stuk lager met 85% (De Graaf e.a. 2015). Juist kwetsbare (aanstaande) gezinnen blijken geen of minder kraamzorg af te nemen. Een belangrijk deel van deze kwetsbare groep mist hierdoor gezondheidsinformatie over bijvoorbeeld borstvoeding, wiegendood, roken in nabijheid van de baby, AHT (Abusive Head Trauma), en mogelijk worden medische en niet-medische gezondheidsrisico's niet tijdig gesignaleerd (Korfker e.a., 2013). "De inhoud en omvang van de kraamzorg moet dus beter afgestemd worden op de behoefte van cliënten en kwetsbare gezinnen in het bijzonder" (Inspectie Gezondheidszorg, 2014; Zorginstituut Nederland, 2015).

De inspectie stelt dat de intake ook als signaleringsmoment moet worden gebruikt. Tegelijkertijd maakt zij zich zorgen over een juiste uitvoering van signalering en of dit 'breed' genoeg wordt gedaan. De wijze waarop de zorgbehoefte van kraamgezinnen wordt ingeschat kan mogelijk dus doelmatiger en meer signalerend ingericht worden. Daar is binnen de kraamzorg ook behoefte aan. Dit komt de moeder, baby en het gezin ten goede maar verhoogt mogelijk ook de (kosten)effectiviteit van de kraamzorg.

Het aantal uren en inhoud van de kraamzorg is afhankelijk van de gezinssituatie en wordt in eerste instantie beoordeeld door de 'intaker', op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIPK, 2008; momenteel in herziening). Deze intake van ongeveer 45 a 60 minuten, vindt plaats rond de 32ste zwangerschapsweek, vaak in een huisbezoek. Het aantal uren kraamzorg dat aangeboden wordt in een intake varieert:

- 24 uur geldt als een minimum om verantwoorde zorg te kunnen leveren,
- 49 uur basispakket,
- 80 uur max, verdeeld over 10 dagen (op maat).

Na de bevalling vindt opnieuw een beoordeling van de zorgbehoefte plaats en kan dit in afstemming met de verloskundige aangepast worden (zogenaamde herindicatie).

Het bepalen van aantal uren en inhoud van de kraamzorg in dialoog met de (aanstaande) ouders, volgens principes van 'shared decision making', kan meer regie bij de cliënt laten, dit past mogelijk beter in de huidige tijdgeest en sluit meer aan bij het jeugddomein waarin al veel vanuit dit principe wordt gewerkt. Wanneer er meer sprake van maatwerk is, draagt dit bij aan een goede start voor moeder (ouders) en kind. Kraamzorg op maat kan dus gezondheidswinst opleveren en draagt bij aan de tijdige signalering van problemen, ook in het gezin als geheel.

1.2 Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ)

De GIZ-methodiek (Bontje, 2013; Bontje, De Ronde, Dubbeldeman, Kamphuis, Reis, & Crone, 2021) zoals die momenteel in het jeugddomein wordt gebruikt, is een methodiek waarmee de jeugdprofessional samen met ouders (en afhankelijk van de leeftijd de jeugdige) de krachten en zorgbehoeften snel in kaart brengt om samen te beslissen over passende ondersteuning. Hiervoor gebruikt de professional twee overzichtelijke schema's:

- de aangepaste CAF-driehoek (gebaseerd op het 'Common Assessment Framework'; UK Department of Health, 2000).
- de Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM) (gebaseerd op de 'At Risk Children Checklist and Care Plan' (ARCH; Sutton 2007); de 'Opvoedmatrix' (Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985) en het 'CJG Rijnmond Taxatieschema' (Sutton, 2013)).

Kernelementen van de GIZ-methodiek zijn:

- De CAF-driehoek als raamwerk: de drie zijden belichten ieder zes factoren die betrekking hebben op de ontwikkeling van het kind, opvoedcapaciteiten van de ouders en de gezins- en omgevingsfactoren die van invloed zijn op een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind.
- De Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM) waarmee op actieve wijze de aard en de ernst van de ontwikkelings- en opvoedsituatie en de zorgbehoeften gezamenlijk systematisch in kaart worden gebracht. Cliënten geven zelf aan, concreet met stift of een fiche, wat hun niveau van zelfredzaamheid is op tien subdomeinen van ontwikkeling van het kind, de opvoeding en de omgeving. De balans van draagkracht en draaglast bepaalt wat een kind en gezin nodig hebben. Voor laaggeletterden zijn pictogram-versies ontwikkeld van de schema's.
- Transparant en gestructureerd werken.
- Werken volgens principes van Samen Beslissen.
- Motiverende en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden, onder andere met een niet-veroordelende basisattitude.
- Training van professionals.

De methodiek is erkend als theoretisch goed onderbouwd en is beschreven in de databanken effectieve interventies van het [NJI](#) en het [Centrum Gezond Leven](#). De effectiviteit van de GIZ is aangetoond in het ZonMw-onderzoek 'Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften. Effecten op motivatie, gedrag en zorgbehoeften'. Hierin zijn twee jeugdgezondheidszorg-organisaties die met en zonder de GIZ werken met elkaar vergeleken. Het gebruik van de GIZ binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft significante effecten op het bespreekbaar maken van ouderlijke zorgen, op overeenstemming tussen ouders en JGZ-professionals over de krachten en zorgen, de gewenste vervolgstappen en op de tevredenheid over het 'samen beslissen'.

In het ZonMw-onderzoek naar de ontwikkeling van een digitale GIZ (DIGIZ) is onder andere de klanttevredenheid onderzocht van de GIZ en DIGIZ. Dit onderzoek toont aan dat de (DI)GIZ kan bijdragen aan het actief betrekken van gezinnen en het verbeteren van een open en transparante wederzijdse communicatie tussen zorgprofessionals en cliënten (zowel ouders als jeugdigen) om gezamenlijk de

krachten en zorgbehoeften te beoordelen en te beslissen over resultaatgerichte ondersteuningsplannen. De waardering voor het effect van zowel de GIZ als de DIGIZ is beduidend hoger onder cliënten dan bij professionals. De cliënten en professionals ervaren beide de GIZ als gebruiksvriendelijk.

1.3 Doel- en vraagstelling

Doel van dit onderzoek was om de bestaande GIZ-methodiek door te ontwikkelen voor de kraamzorg zodat 1) inhoud en omvang van de kraamzorg beter afgestemd worden op de behoeften van gezinnen, van kwetsbare gezinnen in het bijzonder, 2) de intake en kraamzorg doelmatiger en 3) meer signalerend worden uitgevoerd.

Vraagstellingen:

1. Welke omstandigheden, zorgbehoeften en signalen zijn belangrijk om in kaart te brengen voorafgaand aan de kraamperiode?
2. Gebruikerservaringen:
 - a. Hoe ervaren kraamzorg-intakers het werken met de GIZ-methodiek en de gezamenlijke besluitvorming?
 - b. Hoe ervaren (aanstaande) kraamvrouwen en -partners de intake met de GIZ-methodiek en de gezamenlijke besluitvorming?
3. Welke invloed heeft de intake met de GIZ-methodiek (in vergelijking met de huidige werkwijze) op de signalering en zorgbehoeften van aanstaande kraamgezinnen; aantal overeengekomen uren kraamzorg; overeengekomen inhoud van de kraamzorg; overeenkomst tussen intake en daadwerkelijk geleverde kraamzorg (match – mis-match)?
4. Wat zijn de kosten van het werken met de GIZ-methodiek in vergelijking met de huidige manier van intake om omvang en inhoud van de kraamzorg te bepalen?

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgezet met een voor- en nameting waarbij de voormeting diende als controle-conditie ('care as usual') en de nameting de experimentele conditie betreft waarin gewerkt is met de nieuwe methodiek GIZ-Kraamzorg. Tussen de voor- en nameting vond training plaats van kraamzorgmedewerkers en was er een oefenperiode van drie maanden met de nieuwe methodiek. Door beide condities zowel binnen als tussen kraamorganisaties te vergelijken en te corrigeren voor organisatie, kan inzicht worden verkregen in de mogelijke effecten van de GIZ Kraamzorg.

2.2 Voormeting: controle-conditie (care as usual)

De kraamintake vindt doorgaans plaats rond de 32^{ste} zwangerschapsweek (bij één organisatie rond de 22^{ste} week) op basis van een vragenformulier dat door de intaker langs gelopen wordt: de intaker vraagt; de cliënt antwoordt. Intakers zijn gespecialiseerde en specifiek daartoe geschoolde kraamverzorgenden. Aan het einde van het gesprek concludeert de kraam-intaker op basis van het LIPK (Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg, 2008) hoeveel uren kraamzorg geleverd kunnen worden en waarvoor. Bij een eerste kind vindt de intake altijd in een huisbezoek plaats; bij een tweede of volgende zwangerschap is dit doorgaans telefonisch tenzij er indicaties zijn vanuit vorige zwangerschappen dat een huisbezoek nodig is. In dit project is alleen gekeken naar face-to-face intakes (zowel bij eerste als volgende zwangerschappen). Een intake-gesprek aan huis duurt ongeveer 45 à 60 minuten en betreft voornamelijk praktische zaken waarbij de signalerende rol van de intaker doorgaans niet concreet is gevuld.

2.3 Nameting: experimentele conditie

Na de training en een oefenperiode van drie maanden is door de deelnemende kraamzorgorganisaties gewerkt met de GIZ-Kraamzorg. Net als bij de voormeting vonden intakes plaats rond de 32^{ste} zwangerschapsweek (bij één organisatie rond de 22^{ste} week), in een huisbezoek en door goeddeels dezelfde intakers. Daarnaast werd het LIPK gebruikt.

2.4 Ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg

De GIZ Kraamzorg is ontwikkeld in co-creatie met de kraamzorgorganisaties, TNO en de ontwikkelaar van de GIZ. Het vertrekpunt was de GIZ die gebruikt wordt in de JGZ en jeugdhulp voor ouders van kinderen van 0-24 jaar. De ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg volgde een gebruikersgericht design met de volgende stappen:

- 1) Een behoeftenbepaling onder kraamzorg professionals, observaties tijdens huisbezoeken, overleggen met deelnemende kraamzorgorganisaties.
- 2) Het opstellen van een programma van eisen voor de GIZ rondom de geboorte met betrekking tot inhoud (op basis van inzichten uit wetenschappelijke

- literatuur), effect, interactie, vormgeving, bruikbaarheid, integratie in het werkproces, implementatie uitdagingen.
- 3) Een gebruikersgericht ontwerp van de GIZ Kraamzorg, waaronder de ontwikkeling van GIZ-schema's in tekst en pictogrammen versies, een handleiding met een methodiekbeschrijving.
 - 4) Een beoordeling van het concept ontwerp van de GIZ instrumenten door deskundigen vanuit de praktijk van de kraamzorg en de JGZ.
 - 5) Aanpassing van de feedback tot een implementatieversie van de GIZ Kraamzorg.

Een voorwaarde voor het goed kunnen gebruiken van de GIZ in de uitvoeringpraktijk van de kraamzorg is dat professionals beschikken over specifieke attitude, kennis en vaardigheden. Hiervoor is een scholingsplan en implementatiestrategie voor de kraamzorg ontwikkeld.

2.5 Variabelen en meetinstrumenten

Zowel in de *voormeting (controle-conditie) als in de nameting (experimentele conditie)* zijn de volgende gegevens verzameld (zie ook Bijlagen A respectievelijk B):

Bij de intake (voor de geboorte):

Registratieformulier in te vullen door de intaker/kraamzorgorganisatie:

- Achtergrondvariabelen van (aanstaande) gezinnen.
- Inhoud van de geïndiceerde kraamzorg: wat wordt afgesproken te leveren?
- Aantal overeengekomen uren kraamzorg en verdeling over de kraamperiode.
- Criteria uit het LIPK op basis waarvan bepaald aantal uren kraamzorg en inhoud (extra) wordt afgesproken; aantal en aard signalen van risico's en ongunstige opgroei-omstandigheden.
- Duur van een intake-huisbezoek.

Vragenlijst (geconstrueerde vragen en bestaande gevalideerde schalen) in te vullen door cliënt:

- Verwachtingen ten aanzien van zelfredzaamheid in ouderschap (vertaalde Self-efficacy in the Nurturing Role Questionnaire prenatale versie; Pederson e.a., 1989; Porter e.a., 2003).
- Gezamenlijke besluitvorming: gebaseerd op vragen uit ander onderzoek (Butler 2015; Edbrooke-Childs 2015): in hoeverre de kraamzorg 1) met de gezinnen de opties voor kraamzorg bespreekt voor de zorgbehoeften, 2) gezinnen stimuleert om vragen te stellen of zorgen te uiten, 3) de zorgen van de gezinnen serieus neemt, en 4) voorkeuren van gezinnen voor kraamzorg bespreekt en respecteert.
- Vertrouwen in de kraamzorg.
- Verwachting en zorgbehoeften van cliënt.
- Overeenstemming tussen kraamverzorgende, verloskundige en kraamvrouw over zorgbehoeften.
- Tevredenheid over de intake.

Bij afsluiting van de kraamperiode:

Registratieformulier in te vullen door de kraamzorgorganisatie:

- Feitelijk geleverd aantal uren kraamzorg en verdeling over de kraamperiode en inhoud.
- Eventueel aanpassingen uren en inhoud kraamzorg op basis van herindicatie na bevalling.
- Aantal uren feitelijk geleverde kraamzorg.

Vragenlijst (geconstrueerde vragen en bestaande gevalideerde schalen) in te vullen door cliënt:

- Zelfredzaamheid in ouderschap (vertaalde Self-efficacy in the Nurturing Role Questionnaire postnatale versie).
- Gezamenlijke besluitvorming.
- Tevredenheid over uren en inhoud geleverde kraamzorg.
- Vertrouwen in de kraamzorg.
- In de nameting zijn een afbeelding van de CAF-driehoek en de GOM toegevoegd om na te gaan of er met de GIZ-methodiek is gewerkt en hoe dit door de client is ervaren.

Na afloop van de nameting-periode zijn interviews en (aparte) focusgroepen uitgevoerd met:

- intakers,
- kraamverzorgenden,
- leidinggevenden.

Voor beide zijn topiclijsten opgesteld gericht op de feitelijke werkwijze bij de GIZ, de tevredenheid met het werken met de GIZ en het resultaat daarvan, en de eventuele reacties van cliënten.

2.6 Procedure dataverzameling

Alle zwangeren waarbij een intake aan huis is gedaan zijn zowel in de voor- als nameting benaderd om mee te doen aan het onderzoek. Daarbij zijn een informatiebrief en toestemmingsformulier voor informed consent gebruikt. Kraamzorgorganisaties werden steeds geïnformeerd over de respons en werden gevraagd om vrouwen reminders te sturen wanneer zij na de intake wel een vragenlijst hadden geretourneerd maar na de bevalling niet.

Cliënten ontvingen een cadeaubon als dank voor het invullen van de vragenlijst(en): ter waarde van 5 euro na invullen van de eerste vragenlijst na de intake; 10 euro na invullen van de vragenlijst bij afsluiting van de kraamperiode.

2.7 Analyse kwantitatieve gegevens

Steekproefgrootte: om een verschil tussen de nulhypothese en alternatieve hypothese met een power van 80% en met een tweezijdige toets van 0.25 rond de nul, een significantie van maximaal 0.05 vast te kunnen stellen waren 123

zwangeren nodig per conditie. Rekening houdend met ongeveer 5% 'loss to follow up' zijn in de steekproef 260 zwangeren met een volledige set vragenlijsten geïnccludeerd.

De antwoorden op de Self-efficacy in the Nurturing Role Questionnaire zijn bij de negatief gestelde vragen gehercodeerd. Hierdoor duidt een hogere score op meer verwachte dan wel ervaren zelfredzaamheid in ouderschap. Voor zowel de verwachte als ervaren scores zijn somscores gemaakt en het verschil in scores tussen beide condities is berekend (verschilscore).

Er is een samengesteld variabele 'kwetsbaarheid' aangemaakt op basis van de aanwezigheid van één of meer van de volgende factoren: tienerzwangerschap, alleenstaand of LAT-relatie, client en partner beiden niet geboren in Nederland, behaald opleidingsniveau met een diploma niet hoger dan VMBO of MAVO. De vier antwoordcategorieën behorende bij de vragen hoe zwangeren de intake hebben ervaren, zijn voor de analyse dichotoom gemaakt door samenvoeging van: 'helemaal mee eens + eens' versus 'oneens + helemaal oneens', of 'goed en voldoende' versus 'onvoldoende en slecht'.

Categoriale variabelen zijn univariaat getoetst op significante verschillen tussen de voormeting (controle-conditie) en de nameting (experimentele conditie met implementatie van de GIZ Kraam) met de Chi-kwadraat toets en continue variabelen met variantieanalyse (ANOVA) Een p -waarde van 0.05 is aangehouden als significantieniveau.

Voor univariate toetsing van de antwoorden met betrekking tot de vraag over besproken topics tijdens de intake is door de veelheid van items ($n = 33$) gekozen voor Bonferroni correctie. Bij een veelvoud van uitkomsten neemt de kans toe op het vinden van een toevallige significante uitkomst. Om hiervoor te corrigeren is de significantiegrens (p -waarde) aangepast door de oorspronkelijke alfa van 0.05 te delen door het aantal bevraagde item (k ; $n = 33$), zodat het oorspronkelijke gekozen significantieniveau gehandhaafd bleef.

Uitkomsten die na Bonferroni correctie univariaat significant waren zijn vervolgens gecorrigeerd voor verschillen tussen controle- en experimentele conditie, voor wat betreft demografische variabelen in de zwangere onderzochte populatie (intake) en voor kraamorganisatie, met behulp van logistische regressie voor categoriale variabelen en lineaire regressie voor continue variabelen.

Analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS (versie 25).

De kosten van een intake zijn bepaald via het product van uurtarief en tijd. De kosteneffectiviteit is bepaald door het verschil in de kosten tussen de experimentele conditie en controle-conditie voor wat betreft intake en feitelijk geleverde kraamzorg.

2.8 Analyse kwalitatieve gegevens

Van de interviews en focusgroep gesprekken zijn gespreksverslagen (goeddeels verbatim zonder uh's etc.) gemaakt. Deze zijn op basis van de topiclijsten thematisch geanalyseerd.

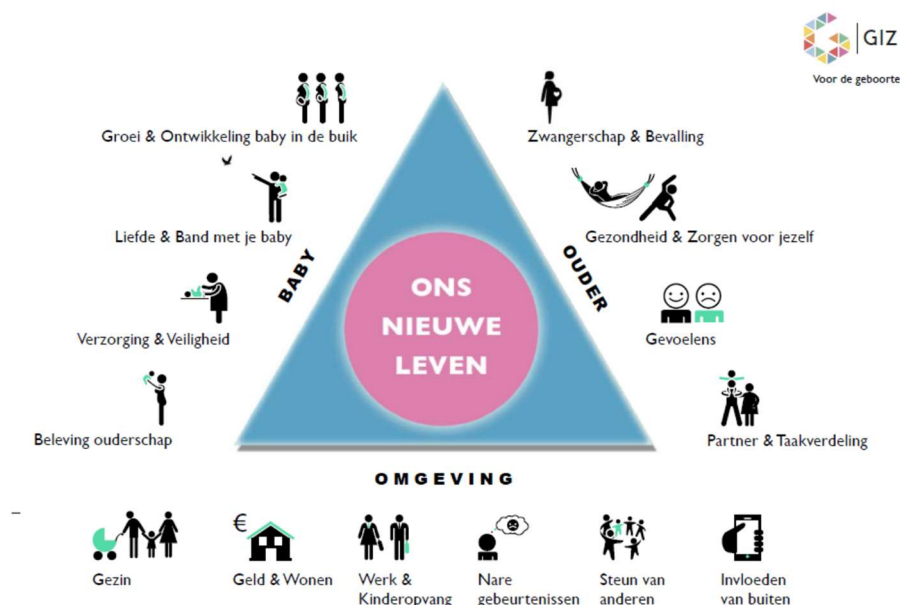
3 Ontwikkeling GIZ Kraamzorg en training

3.1 Ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg

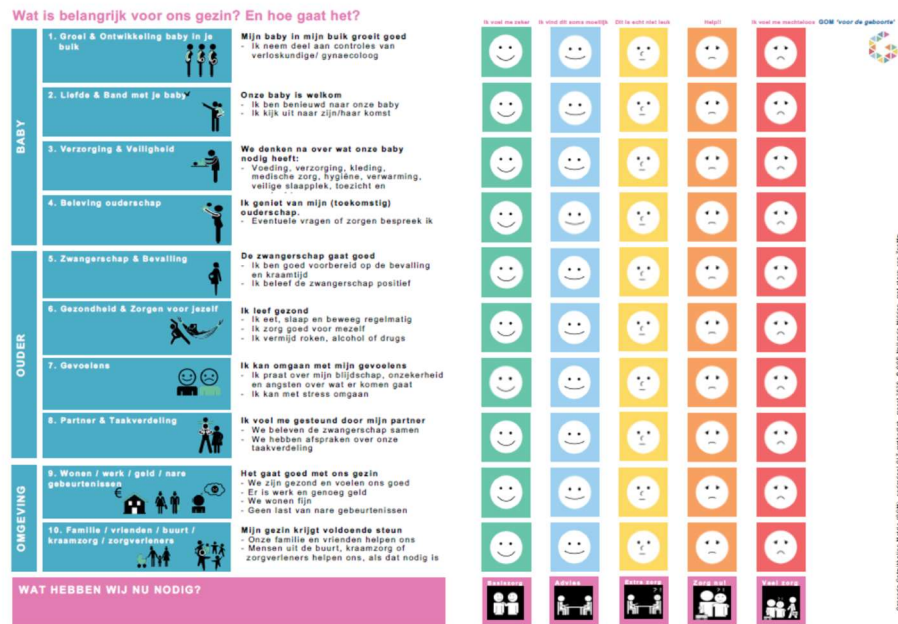
Voor de ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg zijn zes bijeenkomsten gehouden met intakers, kraamverzorgenden en leidinggevenden waarbij gewaakt is voor contaminatie van andere kraamzorgprofessionals omdat de voormeting nog moest starten. Ook zijn vier intake-huisbezoeken geobserveerd en zijn inzichten meegenomen uit eerder onderzoek naar de GIZ en van andere instrumenten zoals de ALPHA-NL voor verloskundigen. Ontwikkeling van de GIZ Kraamzorg betrof een iteratief proces waarbij concepten telkens aan de participerende organisaties zijn voorgelegd. In de laatste fase zijn de Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) geïnformeerd en heeft Pharos geadviseerd in verband met anderstaligen en laaggeletterdheid.

Aanvankelijk zijn vier GIZ-schema's ontwikkeld: twee pictogrammen- en twee tekstversies. Voor de proefimplementatie is uiteindelijk besloten met de pictogrammenversie verder te werken, omdat deze de voorkeur hadden bij de professionals. Ook binnen de JGZ is de ervaring dat ouders en professionals een voorkeur aangeven voor de versies met pictogrammen, ongeacht hun opleidingsniveau (ZonMw-project DiGIZ; <https://www.ncj.nl/giz/onderzoek-giz>).

De GIZ kaart bestaat uit een geplastificeerd A4 of A3, met daarop aan weerszijde een model: de CAF-driehoek (Common Assessment Framework) en de Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM). Voor de GIZ Kraamzorg zijn unieke pictogrammen ontwikkeld en ook kent deze versie een eigen kleurenpalet. Zie Figuren 1. en 2.



Figuur 1. CAF-driehoek voor de geboorte



Figuur 2. Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM) voor de geboorte

Van de CAF en de GOM zijn er twee varianten: één ten behoeve van de intake, dus vóór de geboorte en een variant voor na de geboorte (kraamperiode) ten behoeve van de eventuele herindicatie. Deze twee varianten onderscheiden zich alleen door het feit dat er bij de intake nog geen sprake is van een geboren baby en in de kraamperiode wel. Alleen voor wat dit betreft verschillen de tekst en pictogrammen.

Naast deze instrumenten is een training ontwikkeld en een handboek waarin de GIZ-methodiek wordt beschreven voor de setting van de kraamzorg.

3.2 Training en proefimplementatie

Voor de training GIZ Kraamzorg is de bestaande basistraining GIZ-methodiek door de ontwikkelaar en de hoofdtrainer van de GIZ, inhoudelijk aangepast naar de ontwikkelfase van het gezin, naar de uitvoeringspraktijk van de kraamzorg en het MBO-opleidingsniveau van kraamzorg professionals.

Voor de implementatiestrategie zijn keuzes gemaakt ten aanzien van het proces en wie er getraind diende te worden, namelijk:

- De *intakers* waren de primaire doelgroep voor de training: zij hebben de taak om samen met de cliënt een goede taxatie te maken van de zorgbehoeften van de cliënt en passende kraamzorg te organiseren.
- Het *management* nam deel aan de training om de inhoud en de implementatie van de GIZ goed te kunnen ondersteunen.
- Training van (alle) *kraamverzorgenden* was niet begroot in het project. Herindicaties zijn echter gebruikelijk in de kraamzorg aangezien de geboorte veel impact kan hebben op de behoefte aan kraamzorg die niet altijd kan worden voorzien. In de werkwijze van de kraamverzorgende is het gebruikelijk om op de 3de of 4de kraamdag met de moeder te evalueren. Om die reden

hebben wel enkele gemotiveerde kraamverzorgenden deelgenomen aan de training.

De doelstelling van de GIZ-training Kraamzorg is om deelnemers toe te rusten voor het werken met de GIZ-methodiek in de praktijk van de kraamzorg (het intake-gesprek, herindicatie, evaluatie kraamtijd, extra zorg). Na de training beschikken de kraamzorgprofessionals over een vraaggerichte en motiverende attitude, specifieke kennis, en over gespreks- en methodische vaardigheden om de CAF-driehoek en/of de GOM op de juiste manier in te zetten.

In de training is gebruik gemaakt van diverse actieve werkvormen, waarin het oefenen met de GIZ-schema's CAF en GOM centraal staat. Voor iedere professional die zelf met de methodiek gaat werken is het oefenen een essentieel onderdeel van de training.

De training bestond uit twee dagdelen van 3 uur en een tussenliggende oefenperiode.

In het project zijn 3 GIZ-trainingen kraamzorg uitgevoerd voor 5 kraamzorgorganisaties, in totaal aan 50 professionals: 29 intakers, 11 medewerkers met een managementfunctie, 5 kraamverzorgenden en 3 praktijkleiders. Twee trainingen zijn uitgevoerd in september 2019 en één in januari 2020. Accreditatie was aangevraagd bij het Kenniscentrum Kraamzorg.

De trainingen zijn door de deelnemers gewaardeerd als voldoende tot ruim voldoende.

“Ik ging er blanco in, maar was direct wel geïnteresseerd. Ik denk dat ik in de toekomst deze methode goed kan gebruiken, met name bij probleemgevallen.”

“Van de training is me het meest bijgebleven: positief erin staan en denken aan het welzijn van de baby.”

Om de implementatie te ondersteunen zijn voor de uitvoerend professionals, twee intervisie-bijeenkomsten bij de organisaties A en C en drie bijeenkomsten bij organisatie B gehouden. Hier reflecteerden intakers op de uitvoering van de GIZ, leerden zij van elkaar en bedachten zij oplossingen voor gesignaleerde vraagstukken of knelpunten die in de tussentijd op waren gekomen.

“Het is me enorm meegevallen, ouders reageren heel positief. Er komt veel meer uit het gesprek, ... de gesprekken hebben meer diepgang gekregen”.

“We dachten dat we het met de GIZ heel anders moesten gaan doen, maar deze onderwerpen bespraken we al”.

“Ik ben nu gewend aan GIZ en gebruikt het altijd. Het helpt bij vertrouwen krijgen met ouder. Het kost me nu minder tijd, past binnen tijd. Ik heb een vaste routine gevonden wat ik wat bespreek.”

4 Resultaten kwantitatief

4.1 Respons

Het onderzoek startte met vier kraamzorgorganisaties in de regio Zuid Holland (Zoetermeer, Leiden, Den Haag en Voorschoten). Tijdens de voormeting was er sprake van achterblijvende respons bij twee kraamzorgorganisaties: zij konden geen enkele complete set aanleveren (geen registratieformulieren, slechts 27% vragenlijsten van zwangeren naar aanleiding van een intake ($n = 31$) en slechts 1 ingevulde vragenlijst van een kraamvrouw). Na afloop van de voormeting gaven beide kraamzorgorganisaties aan niet verder te willen deelnemen aan de studie. Dataverzameling bleek een onoverkomelijk probleem te zijn binnen deze organisaties, onder andere omdat er sprake was van veel allochtone cliënten en de organisaties met vertaalde vragenlijsten of tolken geen verbetering verwachtten. Tegen het einde van de periode van de voormeting bij de twee resterende kraamzorgorganisaties, is een kraamzorgorganisatie betrokken uit de regio Groningen. Medewerkers van deze organisatie (alleen stad Groningen) werden getraind en zijn na een proefperiode ook gaan werken met de GIZ Kraamzorg.

We rapporteren hier de resultaten op basis van drie kraamzorgorganisaties (hierna organisaties A,B,C, over de periode eind 2017 tot begin 2020. Zie ook Tabel 1.

Tabel 1. Tijdsperiode inclusie van zwangeren (intake)*

Regio	Voormeting	Nameting (GIZ Kraamzorg)
2 Zuid-Holland (A & B)	November 2017 t/m Juni 2018	Februari 2019 t/m Februari 2020
1 Stad Groningen (C)	Juli 2018 t/m Januari 2019.	Februari 2019 t/m Maart 2020

*de doorlooptijd was langer aangezien de laatste vragenlijsten in de kraamtijd ongeveer 10 weken later resp. 20 weken later binnen kwamen.

In totaal gaven 853 zwangeren toestemming voor deelname aan het onderzoek. Na exclusie van de twee gestopte organisaties bleven in totaal 738 cases over voor analyse: 380 in de voormeting en 358 in de nameting. In 14 cases tijdens de voormeting en 13 cases tijdens de nameting was er wel een vragenlijst van zwangeren naar aanleiding van de intake retour, maar geen registratie van de intaker/organisatie. Uiteindelijk waren er 178 complete datasets tijdens de voormeting (46,8%) en 120 complete datasets (33,5%) tijdens de nameting. In Tabel 2 is het verloop van de datacollectie getoond.

In de nameting is op alle meetmomenten zowel onder cliënten als door de organisaties significant minder data verzameld ten opzichte van de voormeting. Ook verschilde de datacollectie significant tussen kraamzorgorganisaties (data niet weergegeven), zowel tijdens de voormeting als tijdens de nameting. Daar waar nodig is in de analyses gecorrigeerd voor kraamzorgorganisatie.

Tabel 2. Respons percentages per meetinstrument en tijdstip tussen voormeting en nameting (N=738)

Meetinstrument	Voormeting retour <i>n</i> = 380 <i>n</i> (%)	Nameting retour <i>n</i> = 358 <i>n</i> (%)	<i>p</i> -waarde
Registratieformulier intaker/organisatie	366 (96,3)	345 (96,4)	0.969
Vragenlijst zwangere n.a.v. intake	252 (66,3)	201 (56,0)	0.004
Registratieformulier organisatie kraamtijd	213 (56,1)	156 (43,5)	0.001
Vragenlijst kraamvrouw	187 (49,2)	136 (37,9)	0.002
Beide vragenlijsten client	183 (48,2)	133 (37,0)	0.002
Voormeting compleet	242 (63,7)	188 (52,5)	0.002
Nameting compleet	184 (48,4)	129 (35,9)	0.001
Complete sets	178 (46,8)	120 (33,5)	<0.001

4.2 Basiskarakteristieken onderzoekspopulatie

De meeste basiskarakteristieken zijn verzameld met behulp van de vragenlijst voor zwangeren. In Tabel 3 worden verschillen in basiskarakteristieken tussen de voormeting en nameting weergegeven op basis van de ingevulde vragenlijsten van zwangeren van de drie kraamzorgorganisaties.

Tabel 3: Basiskarakteristieken van zwangeren die vragenlijst zwangerschap retourneerden

		Voormeting <i>n</i> = 252 <i>n</i> (%) of <i>m</i> (sd)*	Nameting <i>n</i> = 201 <i>n</i> (%) of <i>m</i> (sd)	<i>p</i> - waarde
Pariteit <i>n</i> = 444	Primiparae**	147 (60,5)	126 (62,7)	0.64
	Multiparae	96 (39,5)	75 (37,3)	
Opleidingsniveau*** <i>n</i> = 446	Laag	17 (6,9)	11 (5,6)	0.84
	Midden	72 (29,0)	60 (30,3)	
	Hoog	159 (64,1)	127 (64,1)	
Burgerlijke staat <i>n</i> = 425	Zonder partner	9 (3,7)	4 (2,1)	0.49
	Getrouwd of samenwonend	230 (94,7)	181 (97,3)	
Geboorteland <i>n</i> = 444	Beide partners in Nederland	216 (87,8)	164 (82,8)	0.17
	Beide partners buiten Nederland	9 (3,7)	6 (3,0)	
	1 partner buiten Nederland	21 (8,5)	28 (14,1)	
Gesproken taal thuis <i>n</i> = 448	Nederlands	238 (95,2)	192 (97,0)	0.34
	Anders	12 (4,8)	6 (3,0)	
Leeftijd bij intake	Gemiddeld	30,8 (4,0)	30,9 (3,8)	0.73

n = 449	< 20 jaar	1 (0,4)	0 (0,0)	0.52
	20 tot 30 jaar	95 (38,0)	70 (35,2)	
	30 tot 36 jaar	119 (47,6)	106 (53,3)	
	36 jaar of ouder	35 (14,0)	23 (11,6)	
1 of meer factoren kwetsbare zwangerschap **** n = 449	Aanwezig	41 (16,3)	21 (10,6)	0.08
	Niet aanwezig	210 (83,7)	177 (89,4)	
Partner aanwezig bij intake n = 429	Ja, gehele intake	122 (50,4)	105 (56,1)	0.11
	Ja, deel van de intake	17 (7,0)	5 (2,7)	
	Niet aanwezig	103 (42,5)	77 (41,1)	

*standaard deviatie

**eerste zwangerschap en volgende

*** laag= basisschool t/m VMBO; midden= HAVO, VWO, MBO; hoog= HBO, WO, Post doc

**** tienerzwangerschap, wonend zonder partner, laag opleidingsniveau, beide partners niet geboren in Nederland

Er waren geen significante verschillen in basiskarakteristieken tussen respondenten in de voormeting vergeleken met respondenten in de nameting. Het percentage vrouwen met één of meer factoren die geassocieerd kunnen worden met kwetsbaarheid was hoger in de voormeting in de voormeting (16,3%) dan in de nameting (10,6%), maar dit was niet significant ($p = 0.08$). In de vervolganalyses waarin uitkomsten uit de voormeting zijn vergeleken met die uit de nameting is wel voor deze variabele gecorrigeerd.

Om na te gaan of sprake is van respons-bias zijn de basiskarakteristieken van de respons en non-respons groepen met elkaar vergeleken. Binnen de drie deelnemende kraamzorgorganisaties was in beide meetperiodes van in totaal 258 zwangeren wel een ingevuld registratieformulier intaker/organisatie maar geen ingevulde vragenlijst van de zwangere (non-responders). Vergeleken met responders verschilde de totale groep non-responders niet significant in gemiddelde leeftijd of binnen leeftijdscategorieën noch in pariteit. Wel waren de non-responders vergeleken met de responders in de voormeting significant vaker primiparae (74,8% versus 60,7%; $p = 0.008$) maar in de nameting juist niet vaker primiparae (49,4% versus 62,7%; $p = 0.012$). Responders in beide meetperiodes waren vaker samenwonend of getrouwd (95,8% versus 91,5%; $p = 0.017$), spraken vaker thuis Nederlands (97,7% versus 86,5%; $p < 0.001$) en hadden vaker een partner die geheel of gedeeltelijk aanwezig was bij de intake (58% versus 42,7%; $p = 0.008$).

Tussen de kraamzorgorganisaties is er een aantal verschillen. Kenmerken (ten tijde van de dataverzamelingsperiode) zijn de volgende:

Organisatie A:

- Werkgebied: Zoetermeer e.o.
- Aantal intakes per jaar: 750
- Intake huisbezoek alleen bij eerste kind
- Intake rond de 32^{ste} zwangerschapsweek
- Intakers (5 in totaal) zijn specifiek geschoolde medewerkers
- Populatie: relatief veel lage SES en multi-problematiek

Organisatie B:

- Werkgebied: Leiden e.o.
- Aantal intakes per jaar: 300
- Intake alleen bij eerste kinderen in een huisbezoek
- Intake rond de 34^{ste} zwangerschapsweek
- Intakers (4 in totaal) zijn specifiek geschoolde medewerkers
- Populatie: relatief veel lage SES en multi-problematiek
- Externe invloeden: verhuizing kantoor en implementatie nieuw registratiesysteem

Organisatie C:

- Werkgebied (tbv het onderzoek): Stad Groningen
- Aantal intakes per jaar: 1200
- Intake bij eerste kinderen in een huisbezoek, of op indicatie bij volgende kinderen ook
- Intake rond de 22^{ste} zwangerschapsweek
- Intakers (5 in totaal) zijn specifiek geschoolde medewerkers, maar vaak ook uitvoerend kraamverzorgenden
- Populatie: relatief veel lage SES en multi-problematiek

4.3 Nameting

In totaal verrichtten 14 intakers, evenredig verdeeld over de drie kraamzorgorganisaties, de intakes tijdens de voormeting en 17 intakers tijdens de nameting. Deze toename kwam door een toename van het aantal intakers in één kraamzorgorganisatie.

Tussen de kraamzorgorganisaties was een net niet significant verschil in gebruik van de CAF-driehoek en geen verschil in gebruik van de GOM-matrix. De CAF-driehoek werd gebruikt bij 91% van de zwangeren (in de drie kraamzorgorganisaties respectievelijk bij 96,4%, 86,5% en 87,8%; $p = 0.07$) en de GOM-matrix bij 29,7% (respectievelijk bij 31,3%, 22,5% en 39%; $p = 0.17$). Er was geen statistisch significant verschil in gebruik van de CAF-driehoek tussen zwangeren met en zonder een factor voor kwetsbaarheid (respectievelijk 95,2% versus 90,3%; $p = 0.46$) noch in het gebruik van de GOM-matrix (respectievelijk 30,2% versus 30%; $p = 0.98$).

4.4 Voormeting vergeleken met nameting

4.4.1 Uitkomsten bij cliënten

Zwangeren gaven naar aanleiding van de intake in de nameting significant vaker aan dat er tijdens de intake besproken is wat er goed gaat in de voorbereiding van de kraamtijd, vergeleken met de voormeting (87.5% versus 72%; $p < 0.001$), dat zij mee konden beslissen in wat goed was voor henzelf, de baby en het gezin (96,5% versus 89,8%; $p = 0.007$) en was het overall rapportcijfer voor tevredenheid over de intake hoger met een 8.4 versus 8.1.

Na correctie voor kraamzorgorganisatie en factor kwetsbaarheid, bleven de verschillen significant hoger bij de nameting: AOR¹ 3.09 (95% BI² 1.66-4.95) voor het bespreken wat goed ging in de voorbereiding kraambed; AOR 3.12 (95% BI 1.29-7.56) voor het kunnen meebeslissen wat goed was voor henzelf en gezin en B 0.27 (95% BI 0.10-0.45) voor het hogere rapportcijfer (zie Tabel 4.)

Tabel 4. Ervaringen zwangeren met intake in voormeting en nameting

		Voormeting n = 252 (%)	Nameting n = 201 (%)	p- waarde	AOR of B* (95% BI)
<i>Tijdens de intake.....</i>		n (%) of m (sd)	n (%) of m (sd)		
voelde ik mij serieus genomen n = 440	(helemaal) mee eens	239 (99,6)	200 (100)	0.36	n.v.t.
	(helemaal) mee oneens	1 (0,0)	0 (0,0)		
kon ik mijn vragen, zorgen en wensen bespreken n = 440	(helemaal) mee eens	238 (99,2)	200 (100,0)	0.19	n.v.t.
	(helemaal) mee oneens	2 (0,0)	0 (0,0)		
kreeg ik uitleg en informatie n = 440	(helemaal) mee eens	239 (99,6)	199 (99,5)	0.89	n.v.t.
	(helemaal) mee oneens	1 (0,0)	1 (0,0)		
is besproken wat goed gaat in de voorbereiding op het ouderschap. n = 439	(helemaal) mee eens	172 (72)	175 (87,5)	< 0.001	2,69 (1.60-4.50)
	(helemaal) mee oneens	67 (28,0)	25 (12,5)		
kon ik meebeslissen over wat goed is voor mij, mijn baby en het gezin. n = 436	(helemaal) mee eens	213 (89,8)	192 (96,5)	0.007	3.14 (1.29-7.62)
	(helemaal) mee oneens	24 (10,1)	7 (3,5)		
de vervolgspraken en adviezen goed aan bij mijn situatie. n = 430	Goed/ voldoende	230 (99,1)	196 (99,0)	0.87	n.v.t.
	Matig/slecht	2 (0,0)	2 (0,0)		
Rapportcijfer n = 447	Gemiddelde (sd)	8,1 (0.94)	8,4 (0.85)	0.002	0.27 (0.10-0.44)

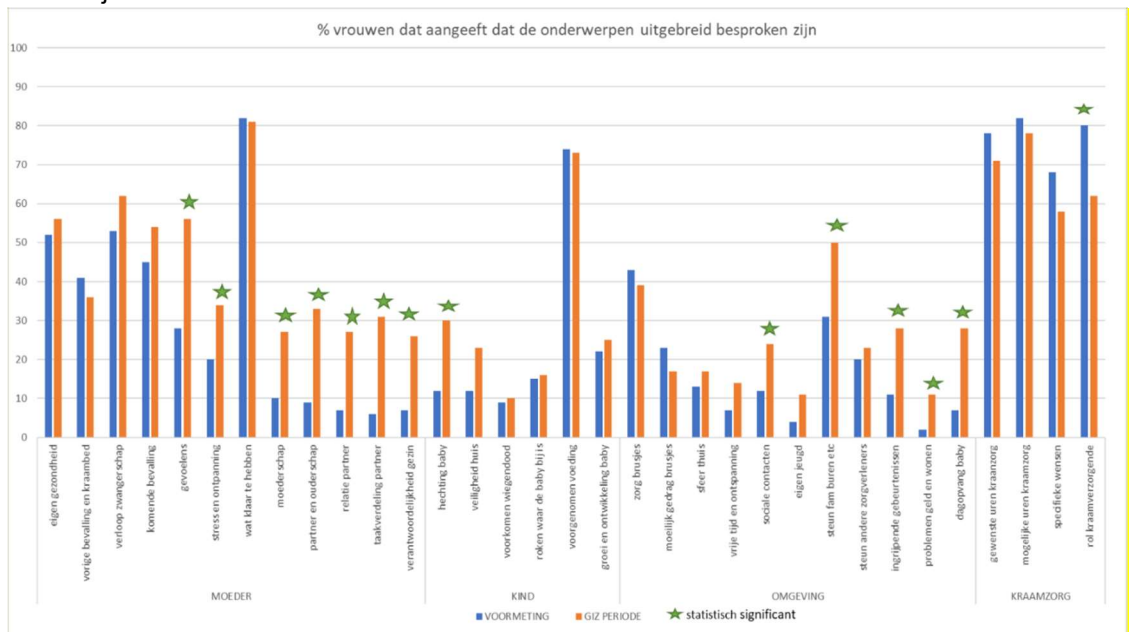
*Gecorrigeerd voor organisatie, tenminste 1 factor geassocieerd met kwetsbaarheid (tienerzwangerschap, wonend zonder partner, laag opleidingsniveau, beide partners niet geboren in Nederland) en pariteit met behulp van binaire logistische regressie voor significante verschillen tussen dichotome variabelen (bespreken wat goed gaat in voorbereiding en kunnen meebeslissen) en lineaire regressie voor significante verschillen in continue variabele (rapportcijfer).

¹ Adjusted Odds Ratio

² Betrouwbaarheidsinterval

Tussen voor- en nameting was er ook verschil voor wat betreft de besproken onderwerpen in de intake volgens de zwangeren. Dit verschilde wel per organisatie. In de Figuur 3. worden verschillen in besproken onderwerpen getoond tussen de voormeting en de nameting.

Figuur 3. Percentage vrouwen dat aangeeft dat onderwerpen uitgebreid besproken zijn naar meetmoment.



*Voor toetsen op significantie verschillen tussen voor- en nameting met de Chi kwadraat toets is in verband met de vele uitkomsten een significantieniveau <0.0015 aangehouden (Bonferroni correctie).

Gecorrigeerd voor kraamzorgorganisatie en de aanwezigheid van kwetsbaarheidsfactoren is er, ten opzichte van de voormeting, in de nameting een significante stijging te zien van het bespreken van psychosociale onderwerpen. Zo stijgt het percentage vrouwen dat aangeeft dat een onderwerp uitgebreid besproken is in de nameting ten opzichte van de voormeting voor de volgende onderwerpen: zie Tabel 5.

Tabel 5. Percentage vrouwen tijdens de voormeting en GIZ periode dat aangeeft dat een psychosociaal onderwerp uitgebreid besproken

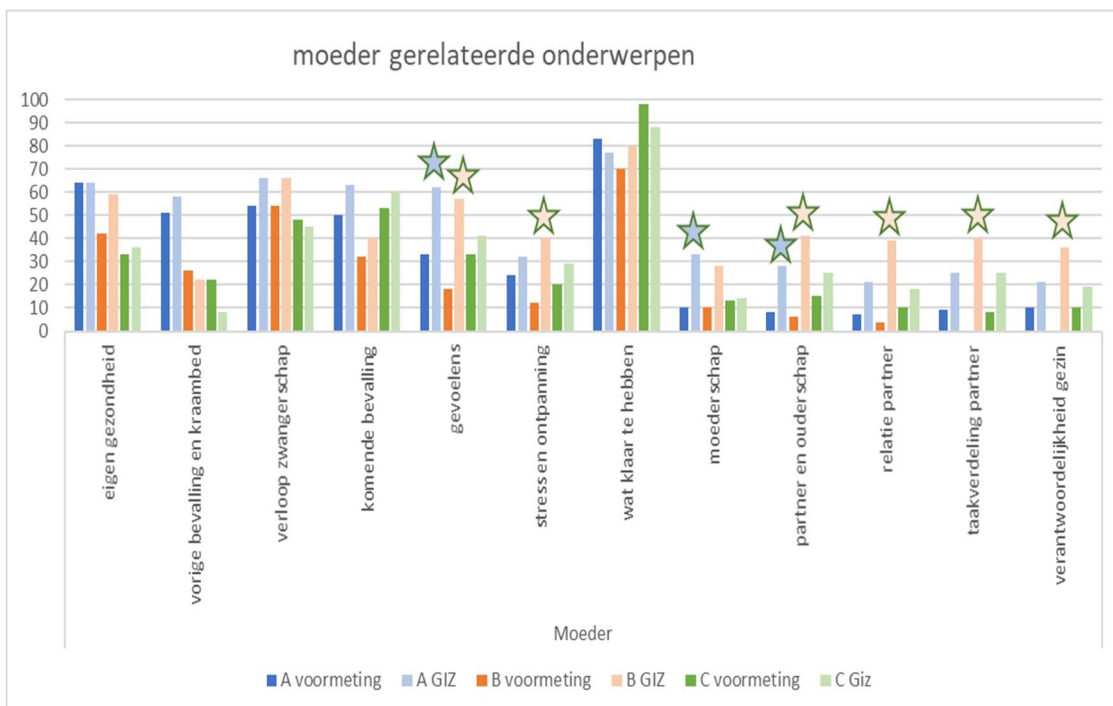
Besproken onderwerpen	% vrouwen voormeting	% vrouwen nameting	AOR* (95% BI)
Mijn gevoelens	28%	56%	3.59 (2.39-5.39)
Stress en ontspanning	20%	34%	2.19 (1.42-3.37)
Hoe ik denk dat het moederschap zal zijn	10%	27%	3.61 (2.13-6.10)
Hoe mijn partner aankijkt tegen het ouderschap	9%	33%	5.15 (2.99-8.88)
De relatie tussen mij en mijn partner	7%	27%	5.11 (2.80-9.34)
De taakverdeling tussen mij en mijn x	6%	31%	6.75 (3.67-12.40)

De verantwoordelijkheid voor mijn gezin straks	7%	26%	5.20 (2.38-11.28)
Hoe een baby zich kan hechten	12%	30%	3.13 (1.91-5.13)
Mijn sociale contacten	12%	24%	2.87 (1.71-4.83)
Steun familie, vrienden en bureu	31%	50%	2.48 (1.66-3.71)
Ingrijpende gebeurtenissen in mijn leven	11%	28%	3.33 (2.00-5.54)
Problemen met geld en wonen	2%	11%	7.31 (2.45-21.82)
Eventuele dagopvang van de baby	7%	28%	5.16 (2.87-9.30)
Wat de kraamverzorgende wel en niet doet	80%	62%	0.41 (0.26-0.62)

*Geassocieerd voor kraamzorgorganisatie en de aanwezigheid tenminste 1 factor geassocieerd met kwetsbaarheid (tienerzwangerschap, wonend zonder partner, laag opleidingsniveau, beide partners niet geboren in Nederland)

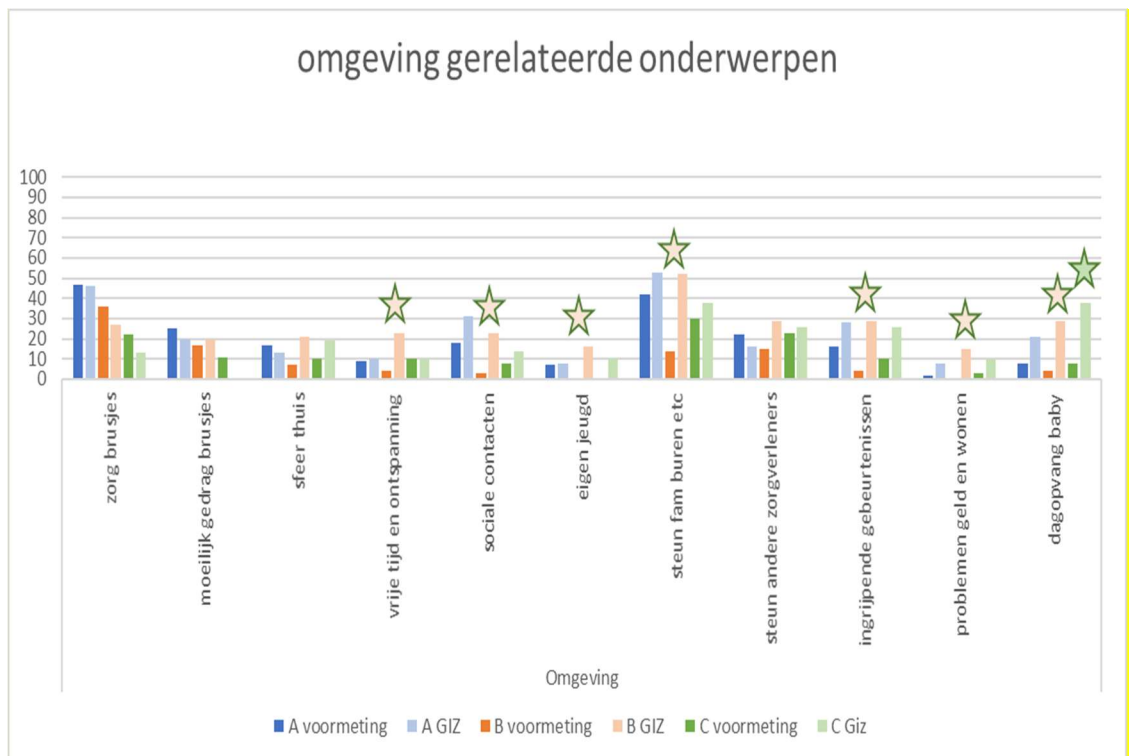
Geen enkel onderwerp was statistisch significant toe- of afgenomen in organisaties afzonderlijk. De significante verschillen tussen de voor- en nameting in besproken onderwerpen bij kraamzorgorganisaties in totaal waren moeder- of omgeving gerelateerde onderwerpen (figuren 4. en 5.) en niet baby- of kraamzorg gerelateerd. Bespreken 'hoe een baby zich kan hechten' en 'wat een kraamverzorgende wel en niet doet' verschilde niet significant tussen de voormeting en nameting in alle drie de kraamzorgorganisaties.

Figuur 4. Percentage vrouwen dat aangeeft dat 'omgeving gerelateerde onderwerpen' uitgebreid besproken zijn naar kraamzorgorganisatie (A, B, C) en meetmoment.



*Voor toetsen op significante verschillen tussen voor en nameting met de Chi kwadraat toets is in verband met de vele uitkomsten een significantieniveau <0.0015 aangehouden (Bonferroni correctie).

Figuur 5. Percentage vrouwen dat aangeeft dat 'omgeving gerelateerde onderwerpen' uitgebreid besproken zijn naar kraamzorgorganisatie (A, B, C) en meetmoment



*Voor toetsen op significante verschillen tussen voor en nameting met de Chi kwadraat toets is in verband met de vele uitkomsten een significantieniveau <0.0015 aangehouden (Bonferroni correctie).

De totaalscore van ervaren zelfredzaamheid in de kraamperiode is niet significant lager dan de verwachte zelfredzaamheid in ouderschap tijdens de zwangerschap. Dit geldt voor zowel nulliparae als multiparae. Zowel de verwachte als ervaren zelfredzaamheid als het verschil hiertussen, verschilde niet significant tussen de voor- en nameting (Tabel 6.).

Tabel 6. Verwachte zelfredzaamheid in ouderschap tijdens de zwangerschap en ervaren zelfredzaamheid na de kraamperiode tijdens de voor- en nameting (N=302)

Zelfredzaamheid in ouderschap	Voormeting n = 181	Nameting n = 133	p-waarde	B*	95% BI	
	Score (sd)	Score (sd)				
Somscore prenataal	5,97 (0.67)	6,03 (0.65)	0.45	0.09	-0,06	0,24
Somscore postnataal	5,77 (0.61)	5,78 (0.59)	0.92	0.05	-0,09	0,18
Verschijscore pre-postnataal	-0,20 (0.54)	-0,25 (0,52)	0.37	0.05	-0,07	0,17

*Gecorrigeerd voor organisatie en aanwezigheid één of meer kwetsbaarheidsfactoren

4.4.2 Uitkomsten bij intakers/organisaties

De ervaringen van intakers zijn afkomstig van de registratieformulieren ingevuld door de intakers zelf na afloop van de intake tijdens de zwangerschap ($n = 711$).

In tegenstelling tot de cliënten waren er over het geheel genomen geen significante verschillen tussen voor- en nameting voor wat betreft de ervaring met de intake door professionals. Wel was het rapportcijfer over de tevredenheid met de intake onder de professionals significant lager in de nameting vergeleken met de voormeting met 8.3 versus 8.5 ($p = 0.004$; Tabel 6).

De scores van de professionals op de antwoordcategorieën 'een beetje/ helemaal niet' bij de verschillende items verschilden per meetmoment niet significant tussen kraamzorgorganisaties. Er waren wel significante verschillen tussen organisaties in de antwoordcategorieën 'heel veel' (ten koste van de categorie 'veel') tussen de voor- en nameting.

In organisatie A verschilde het oordeel van de intaker op geen enkel item significant tussen voor- en nameting. Professionals in kraamzorgorganisatie B scoorde in de nameting ten opzichte van de voormeting op het item 'had zwangere inzicht in kraamperiode?' significant minder vaak de antwoordcategorie 'heel veel' (45% versus 29%; $p = 0.008$). Ook was in organisatie B het rapportcijfer van de intakers over de tevredenheid met de intake significant lager in de nameting dan bij de voormeting (8.09 versus 8.46; $p = 0.000$). Kraamzorgorganisatie C liet in de nameting vergeleken met de voormeting juist een statistisch significant hoger percentage zien in de antwoordcategorie 'heel veel' op de items 'had de zwangere inzicht in kraamperiode' (93% versus 60%, $p = 0.008$), 'mij was duidelijk wat zorgen en behoeften waren' (93% versus 56%, $p = 0.000$), 'zwangere dacht mee in wat goed zou zijn' (91% versus 66%, $p = 0.02$), 'ik had voldoende tijd om te luisteren' (93% versus 74%, $p = 0.049$) en een hoger rapportcijfer van de intakers over de tevredenheid met de intake (9.65 versus 9.34, $p = 0.003$).

Tabel 6 Ervaringen professionals met intake in voor- en nameting ($N = 711$)

	Voormeting n=366	Nameting n= 345	p- waarde
	n (%) of m (sd)	n (%) of m (sd)	
had zwangere inzicht in kraamperiode?			
heel veel	163 (44,5)	148 (43,0)	0.87
veel	195 (53,3)	187 (54,4)	
beetje	8 (2,2)	9 (2,6)	
helemaal niet	0 (0,0)	0 (0,0)	
mij was duidelijk wat zorgen en behoeften waren			
heel veel	150 (41,0)	155 (45,1)	0.51
veel	194 (53,0)	172 (50,0)	
beetje	22 (6,0)	17 (4,9)	
helemaal niet	1 (0,0)	0 (0,0)	
zwangere dacht mee in wat goed zou zijn			
heel veel	141 (38,6)	135 (39,4)	0.64
veel	190 (52,1)	183 (53,4)	
beetje	33 (9)	25 (7,3)	
helemaal niet	1 (0,0)	0 (0,0)	

ik had voldoende tijd om te luisteren			
heel veel	189 (51,6)	149 (44,1)	0.12
veel	162 (44,3)	179 (52,0)	
beetje	15 (4,1)	4,4 (6,0)	
helemaal niet	0 (0,0)	1 (0,0)	
zwangere was het eens met adviezen			
heel veel	164 (45,1)	147 (43,2)	0.34
veel	191 (52,5)	190 (55,9)	
beetje	8 (2,2)	3 (0,9)	
helemaal niet	1 (0,0)	0 (0,0)	
Rapportcijfer evaluatie intake	8,5 (0.91)	8,3 (0.89)	0.004

De tijdsduur voor de intake in de nameting met de GIZ duurde significant ruim 8 minuten langer dan tijdens de voormeting. Dit verschilde echter fors per kraamzorgorganisatie. Zo was de duur van de intake bij organisatie A niet significant langer, bij organisatie B gemiddeld 6 minuten langer en bij organisatie C ruim 28 minuten langer.

Er waren geen verschillen in geïndiceerde, gewenste of afgesproken uren kraamzorg tussen voor- en nameting; wel werden er in de nameting significant bijna 3 uren minder kraamzorg gegeven. Dit verschilde niet tussen organisaties (Tabel 7)

Tabel 7 Tijdsinvestering kraamzorg

	Voormeting m (sd)	GIZ m (sd)	p- waarde	B*	95% BI
Duur intake in minuten	50,34 (12.59)	58,49 (12.35)	0.000	8,62	5.73 - 11.51
Gewenste uren	46,04 (8.35)	44,95 (9.52)	0.15	-1,04	-2.74 - 0.67
Geïndiceerde uren	46,97 (6.55)	46,38 (8.90)	0.32	-0,31	-1.63 - 1.02
Afgesproken uren	46,32 (7.64)	45,92 (9.40)	0.53	-0,51	-1.93 - 0.92
Geleverde uren (kraam)	44,94 (10.61)	42,91 (9.84)	0.07	-2,73	-5.0 - -0.46
Ontvangen uren (vrouw)	45,16 (10.90)	41,96 (13.24)	0.03	-3,8	-6.84 - -0.76

**Gecorrigeerd voor organisatie, tenminste 1 factor geassocieerd met kwetsbaarheid (tienerzwangerschap, wonend zonder partner, laag opleidingsniveau, beide partners niet geboren in Nederland) en pariteit met behulp van lineaire regressie

Uitgaande van een huidige uurprijs kraamzorg van €48,93 per uur (NZA, 2021), kost het uitvoeren van de intake met behulp van de GIZ Kraamzorg €7,03 extra (95% BI 4,67- 9,39). Daarnaast moeten de kosten voor de training en intervisie worden meegenomen. De totale extra kosten van een intake met de GIZ Kraamzorg zijn dan per zwangere €13,41 (95% BI 11,06-15,77) uitgaande van 100 zwangere per intaker en €8,31 (95% BI 5,95-10,66) uitgaande van 500 zwangeren per intaker. Zie Tabel 8.

Tabel 8. Kosten voor intake met GIZ Kraamzorg

	Unit prijs	Additionele kosten GIZ methodiek
Bruto uurloon intaker	€48,93	8 minuten extra per cliënt= €7,03 (95% BI 4,67- 9,39).
Basistraining met 20 deelnemers	€2000	€100 per intaker
11 uur training en intervisie	11x €48,93	€538,23 per intaker
Kosten bij 100 zwangeren	(€638, 23/100) + €7,03	€13,41 per cliënt (95% BI 11,06-15,77)
Kosten bij 500 zwangeren	(€638, 23/500) + €7,03	€8,31 per cliënt (95% BI 5,95-10,66)

5 Resultaten kwalitatief

Na afloop van de nameting zijn interviews en focusgroepen gehouden om meer inzicht te verkrijgen in de feitelijke werkwijze met de GIZ Kraam en om de ervaringen daarmee uit eerste hand te horen. Gesproken is met:

- Met leidinggevenden van kraamzorgorganisaties A en B (apart), 2 personen van iedere organisatie,
- Met intakers van kraamzorgorganisaties A en B in 2 focusgroepen (4 intakers respectievelijk 3 intakers),
- Met kraamverzorgenden van kraamzorgorganisaties A en B in 2 focusgroepen (2 kraamverzorgenden respectievelijk 3 kraamverzorgenden).
- Met organisatie C is 1 focusgroep gehouden met zowel management, intakers als opleider (geen kraamverzorgenden).

5.1 Hoe is er in de praktijk gewerkt met de GIZ Kraamzorg?

Bij kraamzorgorganisatie A bleek dat niet bij alle ouders die in de periode van de nameting een intake huisbezoek hadden gehad, gewerkt was met de GIZ Kraamzorg-materialen. Deze organisatie vroeg namelijk al bij het telefonisch maken van de afspraak voor een huisbezoek of cliënten wilden deelnemen aan onderzoek. Alleen bij cliënten die hiervoor op voorhand toestemming gaven, kregen de GIZ materialen voorgelegd tijdens de intake.

Bij de organisaties B en C werd de GIZ Kraamzorg als nieuwe werkwijze door alle intakers toegepast en in beginsel bij alle intake-huisbezoeken in de periode van de nameting uitgevoerd.

5.1.1 Organisatie A

“Aan het begin van het [intake-]gesprek gaf ik uitleg over de onderwerpen waar we het over zouden hebben. Dan volgde er een gewoon gesprek. Op het eind vatte ik het gesprek samen aan de hand van de GIZ.”

5.1.2 Organisatie B

“Wat moet ik er van zeggen? Meestal komt het al ter sprake. Ik doe eerst de intake en dan de GIZ of we niets vergeten zijn.”

“Ik leg hem [CAF-driehoek] gelijk op tafel; ik leg uit: het intake gesprek gaat zo lang duren, en dat het er zo en zo uit ziet. De GIZ leg ik gelijk op tafel, als een soort basis. Veel mensen kennen hem al als ze kinderen hebben bij de JGZ.”

“... maar ik doe het niet in het Engels.”

“Bij mensen met gebroken Nederlands, dan doe ik het niet. Het is de bedoeling dat zij meer praten dan ik maar dan komt er niets uit. Dan haal ik de vragen eruit van de GIZ.”

[Hebben jullie beeld of de andere intakers het ook zo doen?] “Nee, we zijn er niet bij. Misschien moeten we er meer over praten.”

5.1.3 Organisatie C

“Tijdens het onderzoek hebben we het bij alle intakes gebruikt, de afgelopen tijd is er de klad ingekomen [corona-periode] en wordt het vooral gebruikt bij onderbuikgevoel, we hebben het in de tas zitten en hebben de onderwerpen wel in het hoofd. We moeten het weer aanzwengelen want we willen er wel mee door”

“We plannen de gesprekken ook wel s 'avonds zodat vaders erbij kunnen zijn.”

5.2 Wat zijn de ervaringen van de intakers?

De onderstaande letterlijke quotes zijn afkomstig van intakers en laten een wisselend beeld zien. De intakers van organisatie B en vooral C hebben (zeer) positieve ervaringen met de GIZ; bij organisatie A is dit minder het geval.

5.2.1 Organisatie A

[over aspect tijd:] *“Als je binnen komt heb je al een gesprek. We kunnen onze tijd beter gebruiken.”*

[Wat is er veranderd door het werken met de GIZ-methodiek?]

“De gesprekken verlopen nu anders. Dan kozen ze iets uit [een onderwerp van de CAF-driehoek] wat wij niet belangrijk vonden. Voor mijn gevoel heb ik meer sturing [in het gesprek] zonder de GIZ.”

“Met de plaatjes gaat het [de intake] gemakkelijker als mensen heel gesloten zijn.”

“Als ik het gebruikte, was alles goed [in het gezin], of ouders gingen alle punten af.”

“De ‘beleving van de zwangerschap’, dat hadden we eerst niet [als gespreks-onderwerp in de intake]. Dat neem ik wel mee. Dat is een nieuw item.”

“Soms komt er wel wat uit.”

“Het is wisselend; de een [client] keek ernaar en zei dat alles goed is, de ander vertelt meer, maar dat doen ze ook zonder hulpmiddel. Ik heb niet het idee dat problemen eerder gezien worden.”

“ ‘Samen beslissen’ deden we altijd al.”

“In de werkprocessen is niet echt veel veranderd.”

“We hebben het formulier [dat cliënten voorafgaand aan de intake toegestuurd krijgen] aangepast.”

[over de GIZ-materialen:]

“Onderwerpen ‘geld’ en ‘wonen’, dat mag er wel af, daar kunnen we toch niets mee. Er kwamen verhalen over urgentie en het niet krijgen van een woning. Het wekt verwachtingen, daar kunnen we toch niets mee.”

5.2.2 Organisatie B

[Hoe is jullie ervaring met de GIZ?]

“Verhelderend!”

[collega vult aan:] *“Absoluut!”*

“Het is makkelijk om met het schema te werken. Het is belangrijk.”

[over het aspect tijd:]

“We krijgen 1 uur voor een intake. Als het verhaal erg lang is sla ik het soms over als ik het niet red in de tijd. De GIZ kost 15 min is mijn ervaring.”

“Ik had dit soort vragen eerder ook wel. Nu heb ik een handvat en ik voel me geborgd om deze vragen te stellen. Je mag deze vragen stellen en als ik nu over de tijd ga, wordt het betaald, vroeger niet.”

“Nare gebeurtenissen daar komt vaak veel uit. Het is fijn dat het er staat dan kun je het benoemen.”

“Het is er extra bij. Ik heb dit al 30 jaar gedaan. Bij de een komt er wat uit en de ander niet.”

[signalen?] *“naar aanleiding van de intake heb ik dat [?] één keer ingevuld. Dat ging over een melding Veilig Thuis.”*

“Dat komt niet vaak voor. De verloskundige heeft vaak al dingen georganiseerd.”

[Hoe zou je het doel van de GIZ beschrijven?]

“... meer bewustwording”

“Meer informatie krijgen van de cliënt, in gesprek gaan met elkaar”

“Een checklist voor je zelf voor onderwerpen die aan bod moeten komen.”

“Samen kijken wat je nodig hebt van ons.”

“Hoeveel uren afgesproken wordt is afhankelijk wat ze zelf bij willen betalen. Voor veel mensen is het een hoop geld. Over het aantal uren kraamzorg ga je samen beslissen.”

“Maar het aantal uren kraam wordt ook bepaald door hoe de bevalling is geweest en of er borstvoeding wordt gegeven.”

“We beslissen wel samen wat voor hen belangrijk is.”

“Het is voor ons als intakers lastig om de zorgbehoeften af te stemmen op het LIP.”

[over de GIZ-materialen:]

“Dat plaatje van gezin vind ik heel raar. Waarom staat daar een man met een stok? Mijn man is ook opa en heeft geen stok.” [reactie van een collega hierop:] *“Dat is toch logisch grootouders horen en bij. Jij trekt je dat persoonlijk aan omdat je zelf ouder bent.”*

“Invloeden van buiten, dat is iets waar ouders het fijn vinden om over te hebben. Bijvoorbeeld: over ‘bellen als je aan het voeden bent’. ‘wat je op Google vindt zegt ook niet alles’.”

5.2.3 Organisatie C

“Het is heel duidelijk en overzichtelijk”

“Mooi hulpmiddel, vooral bij fysieke huisbezoeken, werkt prima door de pictogrammen en focus op wat er goed gaat, waardoor je bevestiging kan geven, dieper in gesprek. Er komt relevante informatie naar boven ook bij hoog opgeleide ouders.”

“Diverse keren is door de GIZ informatie boven tafel gekomen die met de verloskundige nog niet was besproken, zoals seksueel misbruik. Draagt echt bij aan signalering.”

“We hebben zowel de CAF als GOM gebruikt. De GOM als er een puntje naar voren kwam en om doelen op te stellen”.

[een manager:] *“de ene intaker vindt het prettiger dan de ander. Het hangt er heel erg van af hoe ze er zelf instaan, eigen referentiekader. Sommigen dachten dat mensen de plaatjes kinderachtig zouden vinden maar na de positieve reacties van ouders komen ze daar wel op terug”.*

5.3 Wat zijn de ervaringen van de kraamverzorgenden?

5.3.1 Organisatie A

De kraamverzorgenden hebben geen veranderingen tussen de voor- en nameting waargenomen. De GIZ is niet bekend bij hen.

Wel constateerden zij, onafhankelijk van de GIZ Kraamzorg:

“Zorg op maat deden we al.”

“Het lijkt alsof de lijntjes korter zijn. We hebben meer het idee dat we met z’n allen voor een gezin werken. Dat is heel prettig en gunstig voor de gezinnen die het nodig hebben.”

“Vroeger werkten de intakers met formulieren. Nu vragen ze of er zorgen zijn die de kraamzorg moet weten. Het plaatje van het gezin dat wij krijgen lijkt vaak te kloppen.”

“Als wij ons zorgen maken melden we dat bij de dienst op kantoor. Dan gaat soms een collega mee en overleggen we met de verloskundige. De complexiteit is vaak bij migranten gezinnen.”

5.3.2 Organisatie B

In organisatie B kennen de kraamverzorgenden de GIZ wel:

“Een keer gezien in een vergadering; hoe je het kan gebruiken om signalen te bespreken. We werken er niet mee.”

“Het is een keer tijdens een vergadering gepresenteerd. We hoefden er zelf nog niet mee te werken.”

“...het zou voor ons ook handig zijn. Maar dan moeten we wel meer uitleg krijgen hoe het werkt en hoe je het moet gebruiken”

De kraamverzorgenden namen geen verschillen waar tussen de voor- en nameting.

5.4 Wat vonden cliënten van de GIZ-Kraamzorg (volgens intakers)?

5.4.1 Organisatie A

“Sommigen hadden het op het CB [consultatiebureau] ook gehad en dan ging het [gesprek aan de hand van de GIZ-materialen] makkelijker.”

“Mannen vonden het leuker, zaten er uitgebreid naar te kijken.”

“Mensen praten vrijer zonder [GIZ-] kaart.”

[Wat zijn jullie ervaringen met anderstaligen?] *“Meestal zit daar al veel hulpverlening op. Verloskundigen, bezoekvrouwen, taalcoaches.”*

5.4.2 Organisatie B

“Met ouders heb ik wisselende ervaringen. Soms vinden ze het kinderachtig (dat is een keer gezegd).”

“Ik heb alleen maar positieve ervaringen. Soms is het heel duidelijk en dan zijn er geen bijzonderheden.”

[Wat zijn jullie ervaringen met anderstaligen?] *“... dat is een drempel om de GIZ te gebruiken. We hebben wel de termen vertaald gekregen op een lijstje, maar ik spreek Engels te slecht.”*

“Ouders zijn niets gewend. Ze zijn met alles wat je ze geeft blij.”

“Aan het eind van het gesprek is er meer vertrouwen en dan durven ze meer te vertellen. Ze denken dat je komt controleren, tellen van de luiers enzo, maar dat doen we al lang niet meer.”

“... het maakt ouders bewust.”

“Ouders zijn bewust tot de bevalling en dan stopt het. Je moet er al eerder over nadenken, hoe ga je het regelen met werk. De een wil nog verhuizen voor de bevalling, de ander erna.”

“Doordat je dingen benoemt, met elkaar in gesprek gaat. Vaak zijn vaders bij de gesprekken, ouders gaan dan met elkaar in gesprek.”

“Voor sommige cliënten is het echt heel fijn en daar gaan wij voor.”

5.4.3 Organisatie C

“Klanten vinden het fijn dat het op basis van de GIZ duidelijker is waarvoor zij extra steun kunnen krijgen.”

“De picto's werken bij allochtonen heel goed”

“Voordeel is ook dat je iets tastbaars kan laten zien waarover je praat, ze grissen het uit je handen en praten erover.”

“Vaders worden steeds meer betrokken, het 'nieuwe leven' geldt ook voor vader, worden meer bewust, dan heb je het over taakverdeling, en dan zie je ze naar elkaar kijken, oja ... dat vinden ze fijn ... ook nagaan wat de vader nodig heeft, en over zijn jeugd ...”

[een manager:] *“We hebben van cliënten in onze klanttevredenheidsenquêtes geen negatieve dingen of klachten gehoord.”*

5.5 Wat vonden leidinggevenden van de GIZ-Kraamzorg?

5.5.1 Organisatie A

“Onze ervaring is dat niet veel veranderd is ten opzichte van wat we al deden.”

“Er komt wel veel boven tafel, maar dat hadden we so-wie-so al.”

“Het waardevolle van de GIZ is de manier waarop het gesprek wordt gevoerd, meer in dialoog, maar de uitkomst is niet geheel anders.”

“Het is een mooie houvast voor je gesprek”

“De oude en nieuwe manier leidt tot hetzelfde resultaat, er zijn niet vaker zorgpaden ingezet, zoals Stevig Ouderschap. We zien geen zorg toe of afname.”

“De uren kraamzorg zijn niet anders geïndiceerd dan voorheen.”

“We zien geen groot verschil met de GIZ qua signalering van kwetsbare zwangeren.”

“Ik denk dat er wel op opener manier wordt gesproken maar dat de uitkomst nagenoeg het zelfde oplevert.”

“Het lijkt dat de professionals het leuker vinden om een opener gesprek te voeren. Er is meer contact.”

“Er is wel sprake van toegenomen bewustwording om samen te beslissen en zorgbehoefte goed in kaart te brengen. Je hebt niet zo door dat het anders gaat het is een geleidelijk proces.”

“We letten meer op specifieke gespreksvaardigheden bij werving en selectie. Vroeger was het zo als iemand ziek was, dan werd er gezegd ga maar intakes doen. Dat kan niet meer: intake is een vak waar je gesprek vaardigheden voor nodig hebt.”

[over de invloed op het werkproces]

“Onze vragenlijst is aangepast, sturen we nu vooraf op, daar hoeft je 't dan niet meer over te hebben. Daarmee is onze vraagstelling anders geworden. Bij het telefonisch maken van een afspraak voor de intake leggen we uit dat er vooraf een lijstje wordt gestuurd met het verzoek deze alvast in te vullen [over feitelijkheden en praktische zaken]. Het intake-gesprek duurt 45 min, we zijn dan als het ware al een fase verder in het gesprek waarin we alleen hoeven te ‘bespreken wat er voor de client echt toe doet’.”

“Bij de intake gaat het om de mens die tegenover je zit: We gaan het hebben over wat je bezig houdt.” “Wat vinden we belangrijk? Het goede gesprek, welke zorgen er zijn.”

“We gaan er mee door zoals we het nu doen, waarbij de GIZ wel of niet meegenomen wordt als geheugensteun.”

“De kraamverzorgenden werken nu niet met de GIZ. Ze krijgen wel de info van de intakers. En ze werken wel met de items van de GIZ.”

“Als je dit gaat invoeren dan moeten de kraamverzorgenden worden meegenomen in de GIZ en ook getraind worden”.

[over de kosten:] “Het is kosten-neutraal, er is iets weggehaald [vragenlijst die vooraf wordt ingevuld] en er iets voor in de plaats gekomen.

5.5.2 Organisatie B

“De GIZ zelf is mooi om mee te werken [werkt er zelf niet mee]. Voor de intakers is het normaal geworden om de GIZ te gebruiken. Er ontstaat meer diepgang in het gesprek.”

[voor- en nadelen van de GIZ:]

“Het voordeel is dat het door elke laag van de bevolking is te gebruiken. We dachten eerst dat de plaatjes voor hoger opgeleide ouders te kinderachtig zouden

zijn, maar daarvoor werkt het ook goed. Ook te gebruiken bij laagopgeleide mensen.“

“Het is een voordeel dat je met z'n allen breder gaat denken. Dat je dingen met elkaar in verbinding brengt. Ik zie geen nadelen.”

“Een nadeel is dat je geen ongeschoolde intakekers op een huisbezoek kan sturen. Er komt meer bij kijken. Maar daardoor is de kwaliteit ook beter.”

“De scholing is van belang geweest ook de terugkombijeenkomsten waren heel prima.”

[Wat vinden cliënten van de GIZ?]

“We horen niets terug van de ouders. Vroeger zagen we vaker kritiek van de ouders over de oubollige website en de intake die ze niet als prettig ervaren op de evaluatieformulieren. Deze geluiden heb ik al een hele tijd niet meer gezien. Het lijkt dan of ouders minder ontevreden zijn over de intake.”

[over de invloed op het werkproces]

“We werkten eerst met een intake formulier, dat hebben we een klein beetje aangepast. Daarna zijn we overgegaan op het Atermus dossier. De velden sluiten beter aan bij de GIZ. Er is meer ruimte voor extra informatie, mocht die boven komen.”

“Kraamverzorgenden werken niet met de GIZ. Ze zijn niet geschoold. Wel worden de punten meegenomen die uit de intake komen. In scholing aan kraamverzorgenden zouden we gespreksvaardigheden mee moeten nemen.”

“Het ouders mee laten beslissen deden we al. Bij de eerste werkdag [van de kraamverzorgende] starten ze met de wensen van ouders in kaart te brengen.

[hoe verder?] *“Ik vind het heel goed en ben over alles van de GIZ heel positief. Er zijn geen aanpassingen nodig.”*

“We willen met de intakes doorgaan op deze manier.”

5.5.3 Organisatie C

“In de intake gaat het vooral over meer en minder uren. De GIZ zou vooral in de kraamtijd moeten worden opgepakt, maar dat hebben we nog niet geïmplementeerd.”

“We willen er verder mee, zo snel mogelijk verder implementeren en dan ook in de kraamtijd, daarvoor is scholing van de kraamverzorgenden nodig, bijvoorbeeld door blended learning, eerst allemaal een basis elearning en daarna fysieke training in communicatieve vaardigheden. En in de hele organisatie doorvoeren, ook het kraamdossier meer als een zorgplan inrichten en de eindevaluatie erop aanpassen”

[opleider:] *“Het is het instrument voor omdenken in de kraamzorg, om van aanbod-naar vraaggericht werken te komen.”*

[tips voor anderen:] *“Zorg voor een goed implementatieplan, enthousiasmeren, coaching en aanjagers. Leg het langs alle werkprocessen, dat het niet een trucje op zichzelf wordt, maar helemaal is ingebed. Dat kost tijd.”*

6 Discussie, conclusie, aanbevelingen

Doel van dit onderzoek was om de bestaande GIZ-methodiek door te ontwikkelen voor de kraamzorg en in een pilot met drie kraamzorgorganisaties te onderzoeken welke invloed de intake met de GIZ-methodiek heeft op besproken thema's, de signalering en zorgbehoeften van aanstaande kraamgezinnen, op tevredenheid en op de zelfredzaamheid van kraamvrouwen; in hoeverre er sprake is van kraamzorg die meer op maat is; en wat daarvan de kosten zijn in vergelijking met de huidige manier van werken (care as usual). (in vergelijking met de huidige werkwijze)

6.1 Bevindingen samengevat

De twee onderzochte groepen (respondenten in de voor- en nameting) zijn op achtergrondkenmerken goed vergelijkbaar, waardoor het verantwoord is om uitspraken te doen over uitkomsten. Wanneer gekeken is naar uitkomsten bij de kraamzorgorganisaties totaal, is gecorrigeerd voor organisatie, kwetsbaarheidsfactoren en waar relevant andere factoren.

6.1.1 *Invloed GIZ Kraamzorg op signalering*

De GIZ Kraamzorg heeft significant effect op de onderwerpen die tijdens de intake worden besproken: met de GIZ worden meer psychosociale thema's besproken die gerelateerd zijn aan de aanstaande moeder en aan de gezinsomgeving. Daarbij is het opvallend dat de belangrijke baby-gerelateerde onderwerpen zoals 'veilig slapen' en 'roken waar de baby bij is' volgens slechts een klein percentage cliënten aan de orde is gekomen tijdens de intake. De GIZ-methodiek bracht hier geen verandering in. Voor wat betreft het baby-gerelateerde onderwerp 'gehechtheid' was dit wel het geval: dit werd met de GIZ vaker besproken dan zonder. Verandering in besproken onderwerpen verschilde sterk tussen de kraamzorgorganisaties. Dit hangt mogelijk samen met de mate waarin onderwerpen ook in de controle-conditie al besproken werden en met de zwangerschapsduur bij de intake.

Ook wordt volgens cliënten significant vaker besproken 'wat er goed gaat in de voorbereiding van de kraamtijd' en 'dat zij mee konden beslissen in wat goed was voor henzelf, de baby en het gezin' vergeleken met de voormeting waarin nog niet met de GIZ Kraamzorg werd gewerkt.

6.1.2 *Invloed GIZ Kraamzorg op zelfredzaamheid*

De GIZ Kraamzorg leidt bij cliënten niet tot betere ervaren zelfredzaamheid in de kraamtijd.

6.1.3 *Invloed GIZ Kraamzorg op tevredenheid cliënten*

Cliënten waardeerden de intake over het geheel genomen significant hoger met de GIZ-methodiek dan zonder.

Over het geheel genomen gaven de intakers zelf een significant lager rapportcijfer aan de eigen uitgevoerde intake-gesprekken dan dat cliënten dat deden; ook gaven zij een lager rapportcijfer bij de nameting met de GIZ dan bij de voormeting zonder GIZ. Dit was verschillend bij de kraamzorgorganisaties afzonderlijk. Een verklaring voor dit verschil tussen waardering door cliënten en professionals en tussen voor-

en nameting kan zijn dat cliënten over het algemeen geen vergelijking hadden en de professionals wel, waarbij geldt dat het werken met de GIZ Kraamzorg voor hen mogelijk 'onzekerder' voelt omdat zij nog niet zo vertrouwd zijn met de nieuwe werkwijze, door de training juist bewuster en kritischer kijken naar het eigen werk en dat cliënten meer regie in het gesprek hebben dan voorheen. De GIZ-methodiek vraagt van professionals een attitude, waarin de client een meer gelijkwaardige gesprekspartner is. Dit verschil werd ook gevonden in het onderzoek naar de Digitale GIZ in het jeugddomein (<https://www.ncj.nl/giz/onderzoek-giz/>).

Een lagere waardering door intakekers in de nameting met de GIZ, vergeleken met de voormeting, kwam ook naar voren uit de focusgroepen. Daarbij waren de intakekers van organisatie B en C veel positiever over de intakes met GIZ dan de intakekers van organisatie A. De managers van de organisaties A en B waren positiever over de GIZ Kraamzorg dan de intakekers.

Ook komt uit de focusgroepen het beeld naar voren dat cliënten over het algemeen de intakes met de GIZ-methodiek als prettig hadden ervaren en dat de GIZ herkend wordt wanneer zij dit bij eerdere kinderen al in de JGZ hebben ervaren. Hoewel allochtone cliënten ondervertegenwoordigd waren in het onderzoek, noemen intakekers dat de picto's en het visuele van de CAF driehoek bij allochtone cliënten prettig werkt. Daarnaast wordt expliciet genoemd dat vaders meer betrokken kunnen worden.

6.1.4 De kosten van de GIZ-Kraamzorg

Gemiddeld genomen was 8 minuten meer tijd nodig om GIZ uit te voeren met grote verschillen tussen de kraamzorgorganisaties. Wat verklaringen hiervoor kunnen zijn vraagt echter om nader onderzoek.

Aan de andere kant zijn er significant minder uren kraamzorg geleverd gedurende de nameting (onafhankelijk van organisatie). Het is onduidelijk of dit door de GIZ-methodiek komt of door andere factoren. De corona-crisis heeft hier blijkens separate analyses geen invloed op kunnen hebben, bovendien was de inclusie van zwangeren voor de nameting afgerond in maart 2020. De coronacrisis kan alleen invloed hebben gehad op het insturen van de clientvragenlijsten uit de kraamtijd gedurende de nametingsperiode in verband met de doorlooptijd (tot september 2020).

Daarmee bleef de kosteninvestering relatief laag. Indien de afname van geleverde uren kraamzorg daadwerkelijk een effect zijn van de intake met de GIZ-methodiek, dan is de investering terugverdiend, hoewel kraamorganisaties daar financieel mogelijk op achter uit gaan doordat ze uiteindelijk minder kraamzorguren kunnen declareren. Ook nemen de extra kosten snel af naarmate een intakeker de GIZ Kraamzorg meer en langer gebruikt. De verwachting is ook dat hoe meer ervaring wordt opgedaan met het werken met de GIZ Kraamzorg de kwaliteit stijgt en de tijdsinvestering daalt.

6.2 Beperkingen van het onderzoek

De uitkomsten zijn niet representatief voor kraamzorgorganisaties in Nederland.

In dit onderzoek zijn mede in verband met het werkgebied van de organisaties respondenten met een migratie-achtergrond ondervertegenwoordigd.

Daarnaast is bij multiparae waarschijnlijk relatief vaak een telefonische intake gedaan waardoor bij hen de GIZ niet is gebruikt.

Er lijkt sprake van respons-bias: non-response analyse laat zien dat de groepen van elkaar verschillen op een aantal eigenschappen. Deelnemers aan het onderzoek waren vaker samenwonend of getrouwd, met een partner die aanwezig was bij de intake en spraken vaker thuis Nederlands. Het feit dat in een van de organisaties al bij het plannen van de afspraak om deelname aan onderzoek was gevraagd aan cliënten (en bij weigering de GIZ-materialen niet in de intake werden gebruikt) is mogelijk ook van invloed geweest.

In de nameting is weliswaar in hoge mate door de intakers met de GIZ Kraamzorg gewerkt (goede uptake) maar het is onduidelijk of er altijd mee is gewerkt op de manier zoals die bedoeld is (programma-integriteit). Uit de interviews en focusgroepen komt het beeld naar voren dat het werken met 'de GIZ Kraamzorg' vooral wordt gezien het al of niet gebruiken van de CAF-driehoek. (Dat de GOM veel minder dan de CAF-driehoek is gebruikt is conform verwachting aangezien de GIZ een getrapte werkwijze is en de GOM alleen van toepassing is als verdieping van het gesprek om samen te kijken naar de impact van psychosociale omstandigheden op het gezin.)

Daarnaast kan in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt worden tussen de effecten van de GIZ-training en van de GIZ-materialen op zichzelf. Daarom moet de GIZ-kraamzorg als een pakket worden beschouwd dat bestaat uit materialen, handleiding en training.

Er waren verschillen tussen kraamzorgorganisaties met betrekking tot het moment waarop de GIZ werd gebruikt. In een van de drie organisaties was dat al rond de 22ste zwangerschapsweek, bij de twee andere organisaties rond de 34 respectievelijk 36 weken. In de analyses is gecorrigeerd voor kraamorganisatie om het effect van deze verschillen op de uitkomsten te neutraliseren.

Ook is het onbekend of er verschillen waren tussen individuele intakers qua professionele achtergrond (wel of niet actief geweest in de kraamzorg) en welke invloed dit had op de uitvoering van de GIZ-methodiek. Omdat niet altijd even duidelijk was wie de intaker was, en omdat het beleid van de kraamzorgorganisaties doorslaggevend werd geacht voor de uiteindelijke urenindicatie, is hiervoor in de analyses niet gecorrigeerd.

6.3 Conclusie

De GIZ Kraamzorg is, na training, een toegankelijke en mogelijk kostendekkende methodiek om op een structurele en complete wijze de omstandigheden en zorgbehoefte van cliënten met betrekking tot kraamzorg gezamenlijk in te schatten. Intakes op basis van de GIZ Kraamzorg worden bij de onderzochte kraamzorgorganisaties door cliënten hoger gewaardeerd, met meer eigen regie en aandacht voor de krachten van het gezin, waarbij meer onderwerpen ter sprake komen dan in de 'standaard' intake. Daarnaast sluit de GIZ Kraamzorg beter aan bij de JGZ waar in de onderzochte regio's ook met de GIZ-methodiek gewerkt wordt, hetgeen de overdracht en samenwerking kan bevorderen. Hoewel minder uren kraamzorg zijn geleverd in de nameting waarin met de GIZ Kraamzorg is gewerkt, is het onduidelijk in hoeverre het werken op basis van de GIZ Kraamzorg invloed

heeft op het (gezamenlijk beslissen over) aantal geïndiceerde en geleverde uren kraamzorg.

6.4 Aanbevelingen

Voor verdere implementatie van de GIZ Kraamzorg doen we de volgende aanbevelingen.

- Zorg voor een gedegen implementatieplan en ‘aanjagers’ die over langere tijd de implementatie bewaken.
- Besteed veel aandacht aan de GIZ-training voor intakers en met name de basishouding betreffende ‘shared decisionmaking’ en ‘vraaggestuurd werken’.
- Organiseer intervisie en opfrustraining rondom het werken met de GIZ Kraamzorg, gericht op de borging en op blijvende gedragsverandering bij intakers.
- Pas de werkprocessen aan op het werken met de GIZ Kraamzorg.
- Ontwikkel een basistraining GIZ Kraamzorg voor kraamverzorgenden, onder andere in verband met de herindicatie van aantal uren kraamzorg na de 3^{de} kraamdag. Op die manier ontstaat er continuïteit in de werkwijze bij de intake naar de feitelijke kraamzorg en in de overdracht naar de JGZ.

Algemeen:

- Bespreek in de intake bij het item ‘verzorging en veiligheid’ de onderwerpen ‘veilig slapen’ en ‘roken bij de baby’. Hier kan in de training extra aandacht aan besteed worden. Mogelijk is hernieuwde aandacht hiervoor (landelijk) nodig.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- Onderzoek naar de werking van de GIZ Kraamzorg bij cliënten met een migratie-achtergrond en indien noodzakelijk, doorontwikkeling van de methodiek gericht op bepaalde doelgroepen.
- Ontwikkel de GIZ Methodiek voor verloskundig zorgverleners zodat er sprake is van een continuüm en gemeenschappelijke ‘taal’ in de (preventieve) zorg van -9 maanden tot 1^{ste} 1000 dagen.

7 Referenties

- Bontje M. (2013) Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ). Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, TSG jaargang 91, nr.7 Praktijk pg. 374.
- Bontje, M.C.A., Ronde, R.W., de, Dubbeldeman, E.M., Kamphuis, M., Reis, R. & Crone, M.R. (2021) Parental engagement in preventive youth health care: Effect evaluation, *Children and Youth Services Review*, Vol.120, 105724.
- Butler, A.M., Weller, B., Titus, C. (2015) Relationships of Shared Decision Making with Parental Perceptions of Child Mental Health Functioning and Care. *Adm. Policy Ment Health*. 42(6):767-74.
- CJG Rijnmond (2013) *Taxatieschema obv Sutton*. Rotterdam. CJG Rijnmond
- Edbrooke-Childs (2015) *Shared Decision Making About Screening and Chemoprevention. A Suggested Approach from the U.S.* Preventive Services Task Force.
- Graaf, H. de, Steegers, E., Bonsel, G., Rombout, B. (2015) *Kenniswerkplaats Kwetsbare zwangere vrouwen*. Rotterdam, St. De Verre Bergen,
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014) *Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg*. Utrecht. IGZ
- Korfker DG, Lanting CI, Schönbeck Y, Wouwe JP van, Detmar SB, Pal-de Bruin KM van der (2013) *Kennissynthese Kraamzorg*. Leiden, TNO.
- Kousemaker N, Timmers-Huigens D. (1985) Pedagogische hulpverlening in de eerstelijns. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*.
- *Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Instrument voor toekenning van kraamzorg*, maart 2008.
- Nederlandse Zorg Autoriteit (2020) *Verantwoordingsdocument Tarieven kraamzorg 2021*. Utrecht. NZA
- Pedersen, F. A., Bryan, Y. E., Huffman, L., & Del Carmen, R. (1989). *Construction of self and offspring in the pregnancy and early infancy periods*. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO., Kansas City, MO.
- Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perception of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54–64
- Sutton A. (2007) *At Risk Children Checklist and Care Plan* (ARCH).
- UK Department of Health (2000) *The Common Assessment Framework for children and young people. A guide for practitioners*. London, UK.
- Zorginstituut Nederland. (2015) *Kraamzorg. Verzekerd van een goed begin*. Diemen. Zorginstituut Nederland

Bijlage A Voormeting

Vragenlijst zwangere m.b.t. de intake:



Deel A : Algemene Vragen

1. Naam kraambureau

(ingevuld door kraambureau)

2. Clientnummer

(ingevuld door kraambureau)

3. Datum van invullen

..... (dag) - (maand) - (jaar)

4. Uw geboortedatum

..... (dag) - (maand) - (jaar)

5. Wat is uw hoogste afgeronde opleiding?

(een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- Basisschool
- VMBO/ MAVO
- HAVO/VWO
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO / ROC)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO / Universiteit)
- Anders, namelijk

6. In welke taal praat u thuis het meeste?

- Nederlands
- Anders, namelijk:

7. Wat is het geboorteland van uzelf, uw partner, uw moeder en uw vader? Noteer dit hieronder

U zelf Uw partner Uw moeder Uw vader

.....

Deel B: Vragen over de intake (het gesprek in de zwangerschap met het kraambureau)

7. Had u vóór het intake-gesprek vragen of zorgen over de kraamtijd of verzorging van de baby?

Zet een kruis in een van de hokjes onder

Ja heel veel Veel Een beetje Helemaal niet

O¹ O² O³ O⁴

8. Welke onderwerpen zijn in het intake-gesprek met u besproken?

Kruis hieronder bij iedere zin hieronder aan of er wel of niet met u over gesproken is.

Over uzelf:	Ja, uitgebreid besproken	Een beetje besproken	Nee, helemaal niet besproken
Mijn eigen gezondheid	O ¹	O ²	O ³
De vorige bevallingen en kraamtijd	O ¹	O ²	O ³
Hoe deze zwangerschap verloopt	O ¹	O ²	O ³
De bevalling straks	O ¹	O ²	O ³
Mijn gevoelens	O ¹	O ²	O ³
Stress en ontspanning	O ¹	O ²	O ³
Wat klaar te hebben vóór de bevalling en de kraamtijd	O ¹	O ²	O ³
Hoe ik denk dat het moederschap zal zijn	O ¹	O ²	O ³
Hoe mijn partner aankijkt tegen het ouderschap.	O ¹	O ²	O ³
<input type="radio"/> Niet van toepassing (geen partner)			
De relatie tussen mij en mijn partner	O ¹	O ²	O ³
<input type="radio"/> Niet van toepassing (geen partner)			
De taakverdeling tussen mij en mijn partner	O ¹	O ²	O ³
<input type="radio"/> Niet van toepassing (geen partner)			
De verantwoordelijkheid voor mijn gezin straks	O ¹	O ²	O ³
Over de baby:	Ja, uitgebreid besproken	Een beetje besproken	Nee, helemaal niet besproken
Hoe een baby zich kan hechten	O ¹	O ²	O ³
Veiligheid in huis	O ¹	O ²	O ³
Voorkomen van wiegendood	O ¹	O ²	O ³
Roken waar de baby bij is	O ¹	O ²	O ³
Voorgenomen voeding van de baby (borst- of flesvoeding)	O ¹	O ²	O ³
Groei en ontwikkeling van de baby	O ¹	O ²	O ³

Over uw omgeving :	Ja, uitgebreid besproken	Een beetje besproken	Nee, helemaal niet besproken
De zorg voor broertjes en zusjes <small>O Niet van toepassing</small>	O ¹	O ²	O ³
Mogelijk gedrag van broertjes en zusjes <small>O Niet van toepassing</small>	O ¹	O ²	O ³
De sfeer thuis	O ¹	O ²	O ³
Vrije tijd en ontspanning	O ¹	O ²	O ³
Mijn sociale contacten	O ¹	O ²	O ³
Of ik zelf een fijne jeugd heb gehad	O ¹	O ²	O ³
Steun van familie, vrienden en bureu	O ¹	O ²	O ³
Steun en hulp van andere zorgverleners dan de kraamzorg	O ¹	O ²	O ³
Ingrijpende gebeurtenissen in mijn leven	O ¹	O ²	O ³
Problemen met geld en wonen	O ¹	O ²	O ³
Eventuele dagopvang van de baby	O ¹	O ²	O ³
Over Kraamzorg :	Ja, uitgebreid besproken	Een beetje besproken	Nee, helemaal niet besproken
Hoeveel uren kraamzorg ik wil	O ¹	O ²	O ³
Hoeveel uren kraamzorg ik kan krijgen	O ¹	O ²	O ³
Andere specifieke wensen van mij	O ¹	O ²	O ³
Wat de kraamverzorgende wel en niet doet	O ¹	O ²	O ³

9. Wat vond u van het intake gesprek?

Zet bij iedere zin hieronder een kruis in het hokje dat volgens u van toepassing is

Tijdens het intake-gesprek:	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
voelde ik mij serieus genomen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
kon ik mijn vragen, zorgen en wensen bespreken	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
kreeg ik uitleg en informatie	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
is besproken wat goed gaat in de voorbereiding op het ouderschap	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
kon ik mee-beslissen over wat goed is voor mij, mijn baby en het gezin	O ¹	O ²	O ³	O ⁴

10. Passen de vervolgspraken en gegeven adviezen bij uw situatie?

Zet hieronder een kruis bij wat van toepassing is:

Goed Voldoende Matig Slecht

O¹ O² O³ O⁴

11. Wat is over het geheel genomen uw 'rapportcijfer' voor het intake-gesprek?

..... (geef een cijfer tussen 0 = heel slecht en 10 = perfect)

Deel C Vragen over het ouderschap

12. In de zwangerschap gaan veel mensen nadenken over zichzelf en hun nieuwe leven als ouder. Dat kunnen positieve maar ook negatieve dingen zijn. Hieronder staan uitspraken die voor veel ouders gelden. Kruis aan wat op u van toepassing is.

	Helemaal niet van toepassing op mij		Een beetje van toepassing op mij		Behoorlijk van toepassing op mij		Helemaal van toepassing op mij
Ik kijk er naar uit om moeder te worden	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik heb vertrouwen in mijn rol als moeder	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik denk dat ik snel leer hoe ik voor mijn baby moet zorgen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik denk dat ik het moeilijk vind om het huilen van mijn baby te begrijpen <small>(bijv. of mijn baby gevoed wil worden, wil spelen of vastgehouden wil worden)</small>	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik denk dat ik gespannen raak als mijn baby langer dan een paar minuten huult of jengelt	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik denk dat ik mij op mijn gemak voel als ik met mijn baby speel of het laat lachen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik heb het gevoel dat ik niet voorbereid ben op het ouderschap	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷
Ik denk dat ik meestal, zelfs als ik moe ben, goed kan reageren op de behoeften mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷

	Helemaal niet van toepassing op mij		Een beetje van toepassing op mij		Behoorlijk van toepassing op mij		Helemaal van toepassing op mij	
Ik denk dat ik het leuk ga vinden om mijn kind aan te raken, vast te houden en te knuffelen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik denk dat ik op mezelf kan vertrouwen bij het zorgen voor mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik vraag me af of ik de behoeften van mijn baby echt zal kunnen begrijpen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik ben er niet zeker van hoeveel aandacht ik moet geven aan mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik denk dat ik mijn baby gemakkelijk kan troosten als die huult of jengelt.	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik ben bang dat ik straks niet zo veel geduld heb voor mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik denk dat 'baby-praat' mij straks gemakkelijk afgaat	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Het idee dat ik straks een baby zal voeden en met hem/haar zal spelen, vind ik best ingewikkeld en moeilijk.	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
De gedachte dat ik straks verantwoordelijk ben voor mijn baby, beangstigt mij.	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	

Einde van de vragenlijst.

Wilt u controleren of u alle vragen beantwoord heeft?

Hartelijk dank!

Geef de vragenlijst in de enveloppe mee aan de kraam-intaker of stuur die op naar TNO met de antwoordenvolpette zonder postzegel.

Vul het kaartje met uw gegevens in om een cadeaubon te ontvangen.

Vragenlijst intaker/administratie:

1. VOORMETING INTAKE



In te vullen door administratie / intaker bij iedere intake

Algemeen (in te vullen door administratie)

1. Naam kraambureau

2. Clientnummer

3. Naam Intaker

4. Datum van invullen (dag) - (maand) - (jaar)

5. Hoe is de intake uitgevoerd?

- Telefonisch
- Huisbezoek
- Anders namelijk:

6. Uitgerekende datum bevalling (dag) - (maand) - (jaar)

7. Pariteit Gravida Para

8. Geboortedatum zwangere (dag) - (maand) - (jaar)

9. Postcode zwangere (cijfers en letters)

10. Burgerlijke staat zwangere

- Alleenstaand
- LAT-relatie (vaste relatie maar apart wonend)
- Samenwonend of getrouwd
- Anders namelijk:

11. In welke taal praat de zwangere meestal?

- Nederlands
- Anders, namelijk:

Ga door naar de volgende bladzijde

1. VOORMETING INTAKE



In te vullen door administratie / intaker bij iedere intake

Over de intake (in te vullen door intaker)

12. Was de partner bij het intake gesprek?

- Ja, bij het gehele gesprek
- Ja, bij een deel van het gesprek
- Nee
- Niet van toepassing (bv. er is geen partner)

13. Hoe lang duurde de intake feitelijk? (dus niet wat er officieel voor staat .. en reistijd niet meetellen) minuten

14. Waren de minimale benodigheden/uitzet voor de bevalling en voor de kraamtijd en baby aanwezig?

- Ja
- Weet niet
- Nee, omdat:

Het volgende ontbrak:

15. Wat was het door de cliënt gewenste aantal uren kraamzorg? Uur

- Onbekend

16. Wat is naar aanleiding van deze intake het geïndiceerde aantal uren kraamzorg? Uur

17. Wat is het met cliënt afgesproken aantal uren kraamzorg? Uur

18. Zijn er factoren waarvoor extra of minder zorg geïndiceerd is (meer- minder uren volgens het LIP/kraamprotocol)?

- Nee
- Ja, namelijk (noem de LIP-factoren en +/- uren):

Factoren:	Meer- minder uren
.....
.....
.....
.....
.....

Ga door naar de volgende bladzijde

1. VOORMETING INTAKE

In te vullen door administratie / intaker bij iedere intake

19. Zet achter iedere uitspraak een kruis in het hokje dat volgens jou van toepassing is:

Ja heel veel Veel Een beetje Helemaal niet

Na de intake had de zwangere, inzicht in het verloop van de kraamperiode.				
Tijdens de intake werd mij duidelijk wat de zorgen en behoeften van de zwangere waren.				
Tijdens de intake dacht de zwangere mee in wat goed voor haar en haar baby zou zijn.				
Tijdens de intake had ik voldoende tijd om te luisteren naar de zorgen en behoeften van de zwangere.				
De zwangere was het eens met de eventuele vervolgafspraken / adviezen.				

20. Hoe vond je over het geheel genomen de intake verlopen?

1 = slecht; 10 = perfect, **1 cijfer omcirkelen**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Ruimte voor toelichting / opmerkingen:

Einde Vragenlijst.
Dank voor het invullen!!

Vragenlijst kraamvrouw:

VOORMETING EVALUATIE INTAKE

TNO innovation
for life

In te vullen door de moeder

1. Naam kraambureau

(ingevuld door kraambureau)

.....

2. Clientnummer

(ingevuld door kraambureau)

.....

3. Datum van invullen

..... (dag) - (maand) - (jaar)

4. Uw geboortedatum

..... (dag) - (maand) - (jaar)

5. Heeft u het aantal uren kraamzorg gekregen dat vooraf met u was afgesproken?

U mag maar 1 antwoord aankruisen

- Nee minder, ik heb in totaal namelijk uren kraamzorg gehad
- Nee meer, ik heb in totaal namelijk uren kraamzorg gehad
- Ja precies zoals afgesproken, namelijkuur
- Niet van toepassing, er was niets afgesproken, ik hebuur gekregen

6. Wat vindt u van het aantal uren kraamzorg dat u heeft gehad?

U mag maar 1 antwoord aankruisen.

- Te weinig
- Net voldoende
- Voldoende
- Ruim voldoende
- Te veel

Ga door naar de volgende bladzijde

VOORMETING EVALUATIE INTAKE

TNO innovation
for life

In te vullen door de moeder

7. In de zwangerschap gaan veel mensen nadenken over zichzelf en hun nieuwe leven als ouder. Dat kunnen positieve maar ook negatieve dingen zijn. Hieronder staan uitspraken die voor veel ouders gelden.

Kruis aan wat op u van toepassing is (1 bolletje per uitspraak)

	Helemaal niet van toepassing op mij	Een beetje van toepassing op mij	Behoorlijk van toepassing op mij	Helemaal van toepassing op mij
Ik heb vertrouwen in mijn rol als moeder	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik denk dat ik snel geleerd heb om voor mijn kind te zorgen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik vind het moeilijk om het huilen van mijn baby te begrijpen (bijv. of mijn baby gevoed wil worden, wil spelen of vastgehouden wil worden)	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik raak gespannen als mijn baby langer dan een paar minuten huilt of jengelt	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik voel me op mijn gemak als ik met mijn baby speel of het laat lachen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik voel me niet voorbereid op het ouderschap	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik reageer meestal, zelfs als ik moe ben, goed op de behoeften mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik vind het fijn om mijn kind aan te raken, vast te houden en te knuffelen	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik vertrouw op mezelf bij het zorgen voor mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik weet niet goed of ik de behoeften van mijn baby echt begrijp	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik ben er niet zeker van hoeveel aandacht ik moet geven aan mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik kan mijn baby gemakkelijk troosten als die huilt of jengelt.	O ¹	O ²	O ³	O ⁴
Ik ben bang dat ik niet zo veel geduld heb voor mijn baby	O ¹	O ²	O ³	O ⁴

Ga door naar de volgend bladzijde

In te vullen door de moeder

	Helemaal niet van toepassing op mij		Een beetje van toepassing op mij		Behoorlijk van toepassing op mij		Helemaal van toepassing op mij	
	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
'Baby-praat' gaat mij gemakkelijk en natuurlijk af	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
Ik vind het makkelijk om met mijn baby te spelen en te voeden	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	
De gedachte dat ik (soms) alleen verantwoordelijk ben voor mijn baby, beangstigt mij.	O ¹	O ²	O ³	O ⁴	O ⁵	O ⁶	O ⁷	

Einde van de vragenlijst.

Wilt u controleren of u alle vragen beantwoord heeft?

Vergeet niet uw gegevens in te vullen op het kaartje voor het krijgen van de cadeaubonnen

Hartelijk dank!

Vragenlijst administratie kraamperiode:

2. VOORMETING AFSLUITING KRAAM



In te vullen door administratie



1. Naam kraambureau

2. Clientnummer

3. Wat is het totaal aantal geleverde uren kraamzorg? uur

4. Zijn de uren tijdens de kraamperiode aangepast (herindicatie) en voor welke LIP-factoren was dit?

- Nee
- Ja, namelijk (noem de LIP-factoren en +/- uren):
Factoren: Meer- minder uren

.....

.....

.....

.....

.....

5. Zijn er factoren van vraag 2 of andere problematiek die in de kraamperiode naar voren kwamen en NIET al bekend waren bij de intake?

- Nee, was allemaal van tevoren bekend
- Ja, namelijk (noem de LIP-factoren of andere problematiek):

.....

.....

.....

.....

.....

2. VOORMETING AFSLUITING KRAAM



In te vullen door administratie

6. Zijn er andere (vervolg) interventies of activiteiten voor het kraamgezin in gang gezet of geadviseerd?

- Nee
- Ja, namelijk:

.....

.....

.....

.....

Ruimte voor opmerkingen

.....

Bijlage B Nameting

Vragenlijst zwangere m.b.t. de intake, toegevoegde vraag (rest identiek aan voormeting):

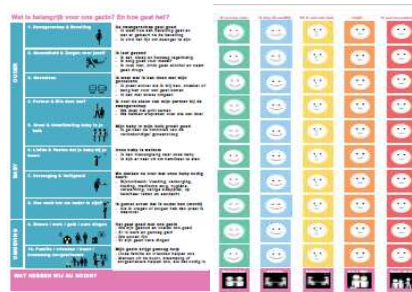
12. Heeft de intaker de onderstaande twee figuren gebruikt om onderwerpen uit vraag 11 met u te bespreken?

a.



- Ja, deze driehoek is gebruikt
- Nee, deze driehoek is helemaal niet gebruikt
- Weet ik niet (meer)

b.



- Ja, dit figuur is gebruikt
- Nee, dit figuur is helemaal niet gebruikt
- Weet ik niet (meer)

Vragenlijst kraamvrouw, toegevoegde vraag (rest identiek aan voormeting):

8. Heeft de kraamverzorgende in de kraamtijd dingen met u besproken met gebruik van onderstaande figuren?

a.



- Ja, deze driehoek is (ook) in mijn kraamtijd gebruikt
- Nee, deze driehoek is helemaal niet in mijn kraamtijd gebruikt
- Weet ik niet (meer)

b.

- Ja, dit figuur is (ook) in mijn kraamtijd gebruikt
- Nee, dit figuur is helemaal niet in mijn kraamtijd gebruikt
- Weet ik niet (meer)